Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 139 del 18 giugno 2003 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Mercoledì, 18 giugno 2003** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. **95**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 maggio 2003.

Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.

SOMMARIO

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 maggio 2003.

Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che demanda al Governo la predisposizione e l'adozione del Piano sanitario nazionale, sentite le Commissioni parlamentari competenti per materia e le Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Visto l'art. 8 del citato decreto legislativo n. 281 del 1997;

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, recante individuazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Viste le osservazioni delle Regioni formulate dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle Province autonome nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 giugno 2002;

Acquisito il parere delle Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative;

Acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Preso atto dell'intesa intervenuta nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, unificata con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali nella seduta del 15 aprile 2003;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 aprile 2003;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri per gli affari regionali e dell'economia e delle finanze;

Decreta:

Art. 1.

1. È approvato il Piano sanitario nazionale 2003-2005 nel testo risultante dall'atto di intesa tra Stato e Conferenza unificata, di cui all'allegato.

Il presente decreto, previa registrazione da parte della Corte dei conti, sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Dato a Roma, addì 23 maggio 2003

CIAMPI

BERLUSCONI, *Presidente del Consiglio dei Ministri*
SIRCHIA, *Ministro della salute*
LA LOGGIA, *Ministro per gli affari regionali*
TREMONTI, *Ministro dell'economia e delle finanze*

Visto, *il Guardasigilli:* CASTELLI
Registrato alla Corte dei conti il 13 giugno 2003
Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 4, foglio n. 113

ALLEGATO

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005

INDICE

IL QUADRO DI RIFERIMENTO

1. I NUOVI SCENARI E I FONDAMENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1.1. Il primo Piano sanitario nazionale dopo il cambiamento

Il Piano 2003-2005 è il primo ad essere varato in uno scenario sociale e politico radicalmente cambiato.

La missione del Ministero della salute si è significativamente modificata da «pianificazione e governo della sanità» a «garanzia della salute» per ogni cittadino. Il Servizio sanitario nazionale è un importante strumento di salute, ma non è l'unico: infatti il benessere psico-fisico si mantiene se si pone attenzione agli stili di vita, evitando quelli che possono risultare nocivi.

Per quanto riguarda lo scenario politico-istituzionale, il recente decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni sta assumendo l'aspetto di una reale devoluzione. Il decentramento fa parte da tempo degli obiettivi della sanità italiana ed era già presente fra le linee ispiratrici della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, come del riordino degli anni '90, nell'ambito del quale veniva riconosciuto alla Regione un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La fase attuale rappresenta un ulteriore passaggio dal decentramento dei poteri ad una graduale ma reale devoluzione, improntata alla sussidiarietà, intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini.

Significativi passi in avanti sono stati realizzati con la modifica del titolo V della Costituzione e, nella seconda metà del 2001, con l'Accordo tra Stato e Regioni (8 agosto 2001), alcuni punti del quale sono stati recepiti con il successivo decreto attuativo, convertito in legge (decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, e legge 16 novembre 2001, n. 405).

La legge costituzionale recante «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione», varata dal Parlamento l'8 marzo 2001 e approvata in sede di *referendum* confermativo il 7 ottobre 2001, ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

Rientra nella competenza esclusiva dello Stato la «determinazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117), definiti secondo quanto stabilito nel novembre 2001 a stralcio del Piano sanitario nazionale con le procedure previste dal decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito poi nella legge 16 novembre 2001, n. 405, ferma restando la tutela della salute che la Repubblica garantisce ai sensi dell'art. 32 della Costituzione. In altri termini lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni.

Il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale.

In tale contesto i compiti del Ministero della salute saranno quelli di:

garantire a tutti l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con la comunicazione corretta ed adeguata;

evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative;

collaborare con le Regioni a valutare le realtà sanitarie e a migliorarle;

tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

Nonostante i risultati raggiunti negli ultimi decenni siano apprezzabili in termini di maggiore aspettativa di vita e di minore prevalenza delle patologie più gravi, ulteriori e più avanzati traguardi e miglioramenti vanno perseguiti nella qualificazione dell'assistenza, nell'utilizzo più razionale ed equo delle risorse, nell'omogeneità dei livelli di prestazione e nella capacità di interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari.

Inoltre, non va dimenticato che la popolazione anziana nel nostro Paese è cresciuta e cresce di numero più che in altri Paesi europei e che è aumentato il peso delle risorse private investite nella salute, sia da parte delle famiglie che del terzo settore e di altri soggetti privati.

Al Piano sanitario nazionale è affidato il compito di delineare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario. Tali obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 e 2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati Livelli Essenziali di Assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

Ciò avviene, peraltro, in coerenza con l'Unione europea e le altre Organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Consiglio d'Europa, che elaborano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le relative strategie.

La competenza dell'Unione europea, in materia sanitaria, è stata ulteriormente rafforzata dal Trattato di Amsterdam del 1997, entrato in vigore nel 1999, secondo il quale il Consiglio dell'Unione europea, deliberando con la procedura di co-decisione, può adottare provvedimenti per fissare i livelli di qualità e sicurezza per organi e sostanze di origine umana, sangue ed emoderivati nonché, nei settori veterinario e fitosanitario, misure il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica.

Nel mese di settembre 2002 è entrato in vigore il nuovo Programma di Azione Comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, che individua tra le aree orizzontali di azione comunitaria:

la lotta contro i grandi flagelli dell'umanità, le malattie trasmissibili, quelle rare e quelle legate all'inquinamento;

la riduzione della mortalità e della morbilità correlate alle condizioni di vita e agli stili di vita;

l'incoraggiamento ad una maggiore equità nella sanità dell'Unione europea (U.E.), da perseguire attraverso la raccolta, analisi e distribuzione delle informazioni;

la reazione rapida a pericoli che minacciano la salute pubblica;

la prevenzione sanitaria e la promozione della salute.

Anche in questo campo, con i commi secondo e quarto dell'art. 117 del novellato titolo V della Costituzione, alle Regioni sono state affidate nuove competenze in materia comunitaria, sia nella fase ascendente di formazione degli atti normativi comunitari sia nell'attuazione ed esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea.

Il ruolo del PSN è significativo in questa prospettiva, tenuto conto anche della recente elaborazione della «strategia sociale» comunitaria avviata dal Consiglio Europeo di Lisbona, proseguita con quello di Nizza ed esplicitata dalla decisione n. 50/2002/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 dicembre 2001, che istituisce un programma d'azione comunitaria per incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri al fine di combattere l'emarginazione sociale e, con la più ampia accezione, di garantire la coesione sociale in Europa.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 tiene conto degli obiettivi comunitari in tema di salute e del necessario coordinamento con i programmi dell'Unione europea.

Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario il PSN si articola in due parti:

la prima specifica gli obiettivi strategici di salute;

la seconda individua le linee di sviluppo per gli altri obiettivi generali di salute.

L'efficacia del Piano dipende dall'attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilità, e per quanto di competenza, comuni e province, chiamati a:

trasformare gli obiettivi in progetti specifici e ad attuarli;

investire nella qualificazione delle risorse umane;

adottare soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci;

adeguare gli standard quantitativi e qualitativi;

garantire i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale.

In questo senso è necessaria una impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute, che contempli anche le politiche sociali, ambientali ed energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive: la tutela della salute, pertanto, si persegue attraverso una strategia coordinata di interventi delle diverse istituzioni per rispondere pienamente ed in maniera specifica ai nuovi bisogni di salute dei cittadini.

In sintesi, alla luce dei cambiamenti politici e giuridici avvenuti e di quelli tuttora in corso, il presente Piano sanitario nazionale 2003-2005 si configura come un documento di indirizzo e di linea culturale, più che come un progetto che stabilisce tempi e metodi per il conseguimento degli obiettivi, in quanto questi aspetti operativi rientrano nei poteri specifici delle Regioni, cui il presente Piano è diretto e con le quali è stato costruito.

1.1.1. L'etica del sistema.

La necessità di garantire ai cittadini un sistema sanitario equo diviene sempre più urgente per il nostro Paese. L'equità dovrebbe guidare le politiche sanitarie, ma nel dibattito è stata finora sottovalutata, uscendo spesso perdente nel conflitto con l'efficienza. Si sono create così diverse iniquità di sistema che vanno dalle differenze quali-quantitative nei servizi erogati in varie aree del Paese, alle disuniformi e lunghe liste d'attesa anche per patologie che non possono aspettare, allo scarso rispetto per il malato, agli sprechi e all'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento delle libertà di scelta dei malati, alla insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani. Iniquità genera iniquità e le lunghe liste di attesa innescano talvolta il sistema perverso della raccomandazione, per cui il servizio può risultare ottimo o accettabile per una parte dei cittadini, ma non altrettanto buono per altri.

Nel 1999 un gruppo di esperti anglosassoni, il cosiddetto Gruppo di Tavistock, ha sviluppato alcuni principi etici di massima che si rivolgono a tutti coloro che hanno a che fare con la sanità e la salute e che, non essendo settoriali, si distinguono dai codici etici elaborati dalle singole componenti del sistema (medici, enti).

Nel 2000 i cosiddetti 7 principi di Tavistock di seguito riportati sono stati aggiornati e offerti alla considerazione internazionale.

1) Diritti. I cittadini hanno diritto alla salute e alle azioni conseguenti per la sua tutela.

2) Equilibrio. La cura del singolo paziente è centrale, ma anche la salute e gli interessi della collettività vanno tutelati. In altri termini non si può evitare il conflitto tra interesse dei singoli e interesse della

collettività. Ad esempio, la somministrazione di antibiotici per infezioni minori può giovare al singolo paziente, ma nuoce alla collettività perché aumenta la resistenza dei batteri agli antibiotici.

3) Visione olistica del paziente, che significa prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurargli continuità di assistenza (dobbiamo sforzarci continuamente di essere ad un tempo specialisti e generalisti).

4) Collaborazione degli operatori della sanità tra loro e con il paziente, con il quale è indispensabile stabilire un rapporto di partenariato: «Nulla che mi riguardi senza di me» è il motto del paziente che dobbiamo rispettare (Maureen Bisognano, Institute of Health Care Improvement, Boston).

5) Miglioramento. Non è sufficiente fare bene, dobbiamo fare meglio, accettando il nuovo e incoraggiando i cambiamenti migliorativi. Vi è ampio spazio per migliorare, giacché tutti i sistemi sanitari soffrono di «overuse, underuse, misuse» delle prestazioni (uso eccessivo, uso insufficiente, uso improprio).

6) Sicurezza. Il principio moderno di «Primum non nocere» significa lavorare quotidianamente per massimizzare i benefici delle prestazioni, minimizzarne i danni, ridurre gli errori in medicina.

7) Onestà, trasparenza, affidabilità, rispetto della dignità personale sono essenziali a qualunque sistema sanitario e a qualunque rapporto tra medico e paziente.

Altri due principi che alcuni propongono di aggiungere ai 7 sopraelencati sono la responsabilizzazione di chi opera in sanità e la libera scelta del paziente.

A questi principi il Piano sanitario nazionale intende ispirarsi, proponendo azioni concrete e progressive per la loro attuazione, dal momento che è compito dello Stato garantire ai cittadini i diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione.

1.2. Dalla sanità alla salute: la nuova visione ed i principi fondamentali

La nuova visione della transizione dalla «sanità» alla «salute» è fondata, in particolare, sui seguenti principi essenziali per il Servizio sanitario nazionale, che rappresentano altresì i punti di riferimento per l'evoluzione prospettata:

il diritto alla salute;

l'equità all'interno del sistema;

la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti;

la dignità ed il coinvolgimento «di tutti i cittadini»;

la qualità delle prestazioni;

l'integrazione socio-sanitaria;

lo sviluppo della conoscenza e della ricerca;

la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente. Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario. Pertanto è indispensabile, garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, concordati fra Stato e Regioni, assicurare un'efficace prevenzione sanitaria e diffondere la cultura della promozione della salute.

L'equità negli accessi ai servizi, nell'appropriatezza e nella qualità delle cure è un fondamentale diritto da garantire. Troppo spesso accade che, a parità di gravità ed urgenza, l'assistenza erogata sia diversificata a seconda del territorio, delle circostanze, delle carenze strutturali e organizzative e di altri fattori. In particolare, è necessario ridurre al minimo la mobilità dei pazienti derivante dalla carenza nel territorio di residenza di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste.

La responsabilizzazione piena dei soggetti e delle istituzioni incaricati di organizzare ed erogare le prestazioni di cura è fondamentale per promuovere concreti percorsi di salvaguardia delle garanzie. In questo senso va sviluppata la piena consapevolezza di tutti, in relazione alla complessità dei bisogni, agli obblighi che discendono dal patto costituzionale, alla sempre maggiore ampiezza delle possibili risposte in termini professionali e tecnologici e alla necessità di modulare gli interventi sulla base delle linee di indirizzo comuni e degli obiettivi prioritari del sistema, nel rispetto rigoroso delle compatibilità economiche.

La dignità e la partecipazione di tutti coloro che entrano in contatto con i servizi e di tutti i cittadini costituisce nella nuova visione della salute un principio imprescindibile, che comprende il rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l'attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più piena possibile alla vita sociale da parte degli ammalati e la cura delle relazioni umane tra operatori ed utenti. Il cittadino e la sua salute devono essere al centro del sistema, unitamente al rispetto dei principi etici e bioetici per la tutela della vita, che sono alla base della convivenza sociale.

La qualità delle prestazioni deve essere perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute. È, inoltre, necessario garantire l'equilibrio fra la complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, riducendo la lunghezza delle liste di attesa. La crescita e la valorizzazione professionale degli operatori sanitari è un requisito essenziale che deve essere assicurato tramite la formazione permanente ed altri meccanismi di promozione.

L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali a livello locale è indispensabile così come la collaborazione tra Istituzioni e pazienti e la disponibilità delle cure specialistiche e riabilitative domiciliari per i pazienti cronici, i malati terminali, i soggetti deboli e coloro che non sono totalmente autosufficienti; inoltre, è molto rilevante, sotto il profilo sociale, concorrere allo sviluppo di forme di supporto ai familiari dei pazienti.

Lo sviluppo della conoscenza nel settore della salute, attraverso la ricerca biomedica e sanitaria, è fondamentale per vincere le nuove sfide derivanti, in particolare, dalle malattie attualmente non guaribili, attraverso nuove procedure diagnostiche e terapie efficaci.

La sicurezza sanitaria dei cittadini è stata messa in evidenza in tutta la sua importanza anche dai recenti drammatici avvenimenti connessi al terrorismo. La sanità di questi anni non può quindi prescindere dal comprendere tra gli elementi costitutivi della nuova visione quello dello sviluppo di strategie e strumenti di gestione dei rischi, di precauzione rispetto alle minacce, di difesa e prevenzione, nonché ovviamente di cura degli eventuali danni.

Il raggiungimento di tutti i suddetti obiettivi necessita della misurazione e della valutazione comparativa dei risultati ottenuti, sul versante sia quantitativo sia qualitativo. Non è infatti possibile assicurare pari dignità e pari trattamento a tutti gli utenti senza disporre di strumenti per la verifica del lavoro fatto e della qualità raggiunta nelle varie realtà. La soddisfazione degli utenti e la loro corretta informazione, la qualità delle prestazioni, i risultati ottenuti in termini clinici e sociali, nonché il rapporto tra costi e risultati devono costituire una parte significativa degli obiettivi da raggiungere e delle misurazioni e valutazioni da effettuare in modo comparativo fra le diverse realtà territoriali.

A seguire, in questa Parte prima, si descrivono le linee di pensiero e di azione per l'attuazione dei progetti per la strategia del cambiamento, mentre gli obiettivi generali del Servizio sanitario nazionale sono trattati nella Parte seconda.

Parte Prima

I DIECI PROGETTI PER LA STRATEGIA DEL CAMBIAMENTO

2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2.1. Attuare, monitorare ed aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa

Il primo frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001 è costituito dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, da assicurare e garantire su tutto il territorio nazionale.

Tale definizione è costruita sui seguenti fondamentali principi:

il livello dell'assistenza erogata, per essere garantita, deve poter essere misurabile tramite opportuni indicatori;

le prestazioni, che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate;

l'appropriatezza delle prestazioni è collegata al loro corretto utilizzo e non alla tipologia della singola prestazione, fatte salve quelle poche considerate non strettamente necessarie;

gli indicatori di appropriatezza vengono calcolati ai diversi livelli di erogazione del servizio (territorio, Ospedale, ambiente di lavoro) e verificano la correttezza dell'utilizzo delle risorse impiegate in termini di bilanciamento qualità-costi.

L'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza costituisce l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria, in quanto per la prima volta si dà seguito all'esigenza, emersa da anni, di garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate e di individuare il corretto livello di erogazione dei servizi resi.

La definizione dei LEA, prima con l'Accordo del 22 novembre 2001 poi con l'adozione degli stessi con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 6 della legge n. 405/2001 ha definito i confini a carico del SSN utilizzando due concetti principali:

a) quello di servizi «essenziali», intesi come accettabili sul piano sociale nonché tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti;

b) quello delle «liste negative» consistente nell'individuare precisamente ciò che non deve più essere erogato con finanziamenti a carico del SSN.

Il significato innovativo dell'introduzione dei LEA è consistito nell'aver definito i diritti sanitari dei cittadini in modo complessivo e non in termini residuali (anche per questo i LEA non possono esser definiti come livelli minimi) e nell'aver introdotto uno strumento per il governo dell'evoluzione del SSN e non un semplice modo per ridimensionare la spesa.

La messa a punto di tale strumento tuttavia ha portato alla luce alcune aree di complessità tra le quali si ritiene opportuno segnalare le seguenti:

i) appropriatezza clinico-assistenziale e organizzativa che richiede un processo continuo che va sostenuto sistematicamente da parte del livello centrale, regionale, aziendale e professionale del SSN per gli aspetti di relativa competenza, per migliorare l'impiego delle risorse e la qualità dei servizi, anche in rapporto alla introduzione di nuove tecnologie;

ii) integrazione socio-sanitaria che richiede di individuare ulteriori fonti di finanziamento per le prestazioni che sono state escluse totalmente o parzialmente dai LEA.

La definizione dei livelli di assistenza è un primo importante passo di un percorso che richiede la verifica, sul territorio, dell'effettiva erogazione degli stessi e dei relativi costi, a garanzia dell'equità della tutela della salute sul territorio e dell'efficienza del sistema.

In attuazione dell'accordo in materia di spesa sanitaria, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, è stato istituito, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, cui sono affidati i compiti indicati ai punti 15 degli accordi Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, 5.2 dell'accordo del 22 novembre 2001 sui LEA e lettera a) dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Nel tavolo di monitoraggio e verifica vengono anche definiti specifici criteri di monitoraggio all'interno del sistema di garanzie introdotto dall'art. 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i LEA con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità e aggiornamento continuo.

L'accordo del 22 novembre 2001 prevede, inoltre, la costituzione di un organismo nazionale *ad hoc*, cui affidare l'aggiornamento delle prestazioni erogate sotto il profilo tecnico-scientifico, valutando periodicamente quelle da mantenere, escludere o includere *ex novo*, senza alterarne il profilo economico finanziario. Con la legge 15 giugno 2002, n. 112, tale organismo è stato individuato ed istituito quale Commissione (C-LEA), per le attività di valutazione in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione ed aggiornamento dei LEA e delle prestazioni in esso contenute.

Con il collegato alla finanziaria 2003 è stata istituita una Commissione unica per i dispositivi medici, cui è affidato un compito di aggiornamento del repertorio dei dispositivi medici e di classificazione dei prodotti in classi e sottoclassi specifiche con l'indicazione del prezzo di riferimento. Attraverso tale classificazione, anche ad integrazione di quanto previsto dalla normativa comunitaria, si garantirà un omogeneo sistema di caratterizzazione qualitativa di dispositivi medici utilizzabili e si porranno le basi per agevolare iniziative di ottimizzazioni delle procedure di acquisto rispettose delle esigenze di qualità e sicurezza dei prodotti.

Con i tre organismi sopra citati si realizza un organico sistema di garanzia, articolato secondo il seguente schema:

il Tavolo di Monitoraggio e verifica dei Livelli essenziali di assistenza effettivamente erogati ha il compito di verificarne la corrispondenza con i volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilità decisionali, al fine di identificare i determinanti di tale andamento, a garanzia dell'efficacia e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale;

la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (C-LEA), garantisce, a parità di risorse impiegate, che siano effettuati gli indispensabili interventi di manutenzione degli elenchi delle prestazioni ricomprese nei LEA, proponendone l'introduzione, la sostituzione o la cancellazione, con le procedure previste dalla normativa vigente;

la Commissione unica per i dispositivi medici (CUD), garantisce che l'utilizzo dei dispositivi medici nella varie tipologie di prestazioni sia ispirato a criteri di qualità e sicurezza, assicurando anche la congruità del prezzo.

Nell'ambito dell'accordo sui LEA, particolare importanza riveste la questione della corretta gestione degli accessi e delle attese per le prestazioni sanitarie, sottolineata più volte anche dal Presidente della Repubblica, e anch'essa obiettivo di primaria importanza per il cittadino: il tempo di attesa rappresenta, da un lato, la prima risposta che egli riceve dal sistema e, dall'altro, il fondamentale principio di tutela dei diritti in tema di accesso alle cure e di eguaglianza nell'ambito del Servizio sanitario.

Il diritto all'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in conseguenza di richieste appropriate, deve essere messo in relazione, per i tempi e per i modi, con una ragionevole valutazione della prestazione richiesta e della sua urgenza.

Per contribuire al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture e dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie, è stato sottoscritto il recente accordo relativo alle attività di chirurgia di giorno *(day surgery)*, che consente una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini ed una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza.

Gli obiettivi strategici:

disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di lavoro), grazie anche all'utilizzo dei dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario;

rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto;

costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni, come avviene oggi;

diffondere i modelli gestionali delle Regioni e delle Aziende Sanitarie in grado di erogare i Livelli Essenziali di Assistenza con un corretto bilanciamento tra i costi e la qualità (bench-marking a livello regionale ed aziendale);

promuovere i migliori protocolli di appropriatezza che verranno via via sperimentati e validati ai diversi livelli di assistenza;

attivare tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute, anche sulla base delle indicazioni presenti nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002.

2.2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili

2.2.1. La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie

Il mondo della cronicità e quello dell'anziano hanno delle peculiarità che in parte li rendono assimilabili:

sono aree in progressiva crescita;

richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali;

necessitano di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese;

hanno una copertura finanziaria insufficiente.

Più che mai si rende necessario, innanzitutto, che si intervenga in sede preventiva; prevenire in questo caso significa rallentare e ritardare l'instaurarsi di condizioni invalidanti, che hanno in comune un progressivo percorso verso la non-autosufficienza e quindi verso la necessità di interventi sociali e sanitari complessi e costosi. Per quanto riguarda i diversi approcci praticabili per la prevenzione, essi sono di diversa natura: prevenzione primaria (stili di vita salutari) e secondaria (diagnosi precoce di alcuni tipi di tumore), nonché profilassi di particolari malattie. Le Regioni, pienamente responsabili dell'assistenza sanitaria e della relativa spesa, sanno che investire in prevenzione significa risparmiare già nel medio termine; questa consapevolezza induce a ritenere che le misure di prevenzione in questa area avranno in futuro uno sviluppo maggiore che in passato.

Per gli anziani importante è la possibilità di mantenere una vita attiva sia dal punto di vista fisico che intellettuale, in quanto spesso essi tendono ad isolarsi e a trascurare gli stili di vita più appropriati. Le Campagne istituzionali di comunicazione possono essere di grande aiuto anche in tal senso.

L'anziano vive meglio nel proprio domicilio e nel contesto di una famiglia. Spesso, tuttavia, la famiglia ha difficoltà economiche e logistiche ad assistere in casa l'anziano che necessita di cure. È, quindi, necessario supportare la famiglia in questo compito.

A fronte di un fabbisogno stimato in circa 15 miliardi di euro per anno, oggi l'Italia spende per l'assistenza sociale circa 6,5 miliardi di euro. Tutti i Paesi del mondo occidentale hanno avuto il problema di finanziare adeguatamente un settore dell'assistenza che solo 30 anni or sono era di dimensioni insignificanti, ma che ora, con l'allungamento dell'aspettativa media di vita, è in aumento progressivo. Oggi nel Nord Italia quasi il 10% della popolazione ha più di 75 anni (poco meno nel Sud del Paese) e sappiamo che la disabilità in questa fascia di popolazione raggiunge il 30%.

Anche gli altri Paesi europei sono intervenuti a sostegno della non-autosufficienza, con modalità differenti. Tutte le modalità, tuttavia, come ben evidenziato da Costanzo Ranci (2001) nella ricerca «L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa», sembrano condividere, pur con accentuazioni ed enfasi diverse, il seguente aspetto: tentare di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con l'erogazione di servizi finali, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di cura (cash and care).

Rispetto ai principali Paesi europei, l'Italia ancora spicca soprattutto per l'assenza di un pensiero e di una proposta forti che affrontino il problema della non-autosufficienza, un problema di dimensione crescente, che tanto disagio provoca a molte persone anziane e disabili e alle loro famiglie.

Occorre puntare pertanto a:

rendere più efficace ed efficiente la gestione dei servizi esistenti tramite l'introduzione di meccanismi competitivi;

attribuire maggiore capacità di scelta ai beneficiari finali dei servizi;

sostenere maggiormente le famiglie che si incaricano dell'assistenza;

regolarizzare e stimolare la pluralità dell'offerta di servizi;

sostenere la rete di assistenza informale ed il volontariato;

sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi anche ricorrendo a collaborazioni con il privato;

attivare sistemi di garanzia di qualità e adeguati controlli per gli erogatori di servizi sociali e sanitari.

2.2.2. Le sfide per il Servizio sanitario nazionale.

Non vi è dubbio che il Servizio sanitario nazionale debba prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata).

Le categorie di malati interessate a questo nuovo modello di assistenza sono sempre più numerose: pazienti cronici, anziani non autosufficienti o affetti dalle patologie della vecchiaia in forma grave, disabili, malati afflitti da dipendenze gravi, malati terminali.

Gli obiettivi di questa assistenza sono la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualità della vita dei pazienti, raramente quelle della loro guarigione.

Deve pertanto svilupparsi, nel mondo sanitario, un nuovo tipo di assistenza basata su un approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni.

Innanzitutto è indispensabile che la continuità delle cure sia garantita tramite la presa in carico del paziente da parte dei Servizi e delle Istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

A tale scopo i Servizi e le Istituzioni devono divenire nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, nonché la continuità assistenziale

nel passaggio da un nodo all'altro, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nei singoli nodi in funzione dell'effettivo stato di salute. Dovrà essere, di conseguenza, ridotta la permanenza dei pazienti negli Ospedali per acuti e potenziata l'assistenza riabilitativa e territoriale.

La gestione dei servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali ed i Comuni individuino le forme organizzative più adatte affinché le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato. Per permettere il maggior recupero raggiungibile dell'autosufficienza e la diminuzione della domanda assistenziale, gli interventi vanno integrati, nei casi in cui è opportuno, con l'erogazione dell'assistenza protesica.

Gli obiettivi strategici:

la realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non autosufficienza della popolazione;

la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona;

il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo;

la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;

il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare ed al contesto sociale e lavorativo;

l'introduzione di misure che possono prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare.

2.3. Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche

Un obiettivo importante da perseguire nell'ambito del diritto alla salute è quello della qualità dell'assistenza sanitaria. È la cultura della qualità che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo, guidato dai bisogni dell'utente.

Sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi ed incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e servizi, alla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi.

La qualità in sanità riguarda un insieme di aspetti del servizio, che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici.

Per l'aspetto umano, è opportuno che venga misurata anche la qualità percepita da parte dei pazienti, che rappresenta un importante indicatore della soddisfazione dell'utente.

Gli obiettivi strategici:

promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute;

coinvolgere il maggior numero di operatori in processi di informazione e formazione sulla qualità;

valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità;

promuovere la conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con comparazione tra le diverse Regioni italiane;

mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostico-terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;

attivare procedure di bench-marking sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni.

2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o «capitali») della sanità

Le organizzazioni complesse utilizzano tre forme di «capitale»: umano, sociale e fisico in ordine di importanza. Questo concetto, ripreso recentemente anche nel Piano Sanitario inglese, è in linea con il pensiero espresso fin dalla metà del secolo scorso da Carlo Cattaneo, grande filosofo ed «economista pubblico». Nonostante gli sforzi compiuti, nessuna delle tre risorse citate è stata ancora valorizzata nella nostra sanità in misura sufficiente.

Il «capitale umano», ossia il personale del Servizio sanitario nazionale, è quello che presenta aspetti di maggiore delicatezza. La Pubblica amministrazione, che gestisce la maggior parte dei nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e alla promozione della professionalità e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato le sono sconosciuti.

Solo oggi si comincia in Italia a realizzare un organico programma di aggiornamento del personale sanitario. Dal 2002 è diventata, infatti, realtà l'acquisizione dei crediti per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Medica Continua. Ben più importante, secondo l'accordo del 20 dicembre 2001 con le Regioni, e grazie all'adesione di varie organizzazioni e associazioni, inclusi gli Ordini delle Professioni Sanitarie, la Federazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e le Società scientifiche italiane, inizia l'aggiornamento aziendale, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare postazioni di educazione e corsi aziendali per il personale, utilizzando anche la rete informatica.

Un personale aggiornato è garanzia, per il malato, di buona qualità delle cure, ma l'aggiornamento sistematico costituisce anche un potente strumento di promozione dell'autostima del personale stesso, che sa di migliorare in tal modo la propria immagine professionale e la propria credibilità verso la collettività. Ovviamente l'aggiornamento sistematico è solo uno degli strumenti di valorizzazione del personale. Operare in un sistema nel quale vi sia certificazione della qualità è un altro elemento di gratificazione per gli operatori sanitari. Un ulteriore elemento è costituito da un rapporto di lavoro che premi la professionalità ed il merito e liberi il medico da una serie di vincoli e limitazioni per rendere più efficace la sua opera.

Altrettanto necessaria appare la valorizzazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie, per le quali si impone la nascita di una nuova «cultura della professione», così che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del nursing. Il capitale sociale va inteso come quella rete di relazioni che devono legare in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati nei settori dell'assistenza, del volontariato e del no profit, della comunicazione, dell'etica, dell'innovazione, della produzione, della ricerca, che possono contribuire ad aumentare le risorse per l'area del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato. Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, è ancora largamente da valorizzare ed è la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata. L'altro punto da valorizzare è il capitale «fisico» del S.S.N.: gli investimenti per l'edilizia ospedaliera e per le attrezzature risalgono per la maggior parte alla legge 11 marzo 1988, n. 67 e molti dei fondi da allora impegnati non sono ancora stati utilizzati per una serie di difficoltà incontrate sia dallo Stato sia dalle Regioni in fase di progettualità e di realizzazioni. È necessario provvedere, come per i LEA, ad una manutenzione continua del patrimonio fisico, partendo da un monitoraggio dello stesso perché il sistema possa essere effettivamente competitivo in termini di qualità dell'offerta.

Gli obiettivi strategici:

dare piena attuazione alla Educazione Continua in Medicina;

valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;

garantire una costante manutenzione strutturale e tecnologica dei presidi sanitari del SSN, rilanciando il programma di investimenti per l'edilizia sanitaria e per le attrezzature, secondo quanto stabilito dall'Accordo dell'8 agosto 2001;

strutturare un piano di sviluppo della ricerca capace di attirare anche gli investitori privati ed i ricercatori italiani e stranieri;

alleggerire le strutture pubbliche ed il loro personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità gestionali e rallentano l'innovazione, consentendo loro una gestione imprenditoriale finalizzata anche all'autofinanziamento;

investire per il supporto dei valori sociali, intesi come cemento della società civile e strumento per rapportare i cittadini alle Istituzioni ed ai servizi sanitari pubblici e privati.

2.5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la formazione permanente nel campo delle professioni sanitarie, deve rispondere alla esigenza di garantire alla collettività il mantenimento della competenza professionale degli operatori. Come tale, essa si configura come un elemento di tutela dell'equità sociale e riassume in sé i concetti di responsabilità individuale e collettiva, insiti nell'esercizio di ogni attività volta alla tutela e alla promozione della salute della popolazione.

Già nel 1999 (Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229), e nel 2000 (Decreto Ministeriale 5 luglio 2000) ne sono state delineate l'infrastruttura amministrativa, decisionale e politica, ed è stato valorizzato il ruolo sociale della formazione permanente, in una situazione nella quale le iniziative, pur numerose, e prevalentemente di tipo congressuale, erano focalizzate quasi esclusivamente sulla professione medica, interessando le altre professioni dell'area sanitaria solo in maniera frammentaria.

La volontarietà era, del resto, la caratteristica portante di queste iniziative: nonostante il valore spesso molto elevato di alcune di esse, non è sempre stata data sufficiente importanza alla dimensione deontologica della formazione professionale, intesa non solo come un dovere di valorizzazione della propria professionalità e di autoarricchimento, ma anche come una responsabilità forte nei riguardi della collettività.

L'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 ha sancito, in maniera positiva, la convergenza di interesse tra Ministero della Salute e Regioni nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estenda capillarmente così da creare una forte coscienza della autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000 e rinnovata il 1º febbraio 2002, ha affrontato innanzitutto il problema dell'impostazione *ex novo* del sistema della formazione permanente e dell'aggiornamento sia sotto il profilo organizzativo ed amministrativo sia sotto quello della cultura di riferimento, attraverso confronti nazionali e regionali con diversi attori del sistema sanitario: ciò ha portato alla attivazione di un programma nazionale di formazione continua attivo dal gennaio 2002.

Un elemento caratterizzante del programma è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia innovativa rispetto agli altri Paesi. Il razionale sotteso a questo approccio è evidente: nel momento in cui si afferma la centralità del paziente e muta il contesto dell'assistenza, con la nascita di nuovi protagonisti e con l'emergere di una cultura del diritto alla qualità delle cure, risulta impraticabile la strada di una formazione élitaria, limitata ad una o a poche categorie professionali e diviene obbligo morale la garanzia della qualità professionale estesa trasversalmente a tutti i componenti della équipe sanitaria, una utenza di oltre 800.000 addetti delle diverse professioni sanitarie e tecniche.

In una prospettiva ancora più ampia, la formazione continua potrà diventare uno degli strumenti di garanzia della qualità dell'esercizio professionale, divenendo un momento di sviluppo di una nuova cultura della responsabilità e del giusto riconoscimento della eccellenza professionale.

Partendo dalle premesse culturali e sociali sopra delineate, il programma si pone l'obiettivo di disegnare le linee strategiche della formazione continua, nella quale i contenuti ed i fini della formazione siano interconnessi con gli attori istituzionali. E ciò è particolarmente significativo per quanto concerne la ripartizione tra obiettivi formativi di rilevanza nazionale, di rilevanza regionale e di libera scelta.

Gli obiettivi nazionali devono discendere, attraverso una intesa tra Ministero della salute e Regioni, dal presente Piano e stimolare negli operatori una nuova attenzione alle dimensioni della salute — in aggiunta a quelle della malattia — alla concretezza dei problemi sanitari emergenti ed ai nuovi problemi di natura socio-sanitaria.

Gli obiettivi formativi di interesse regionale devono rispondere alle specifiche esigenze formative delle amministrazioni regionali, chiamate ad una azione più capillare legata a situazioni epidemiologiche, socio-sanitarie e culturali differenti. Il ruolo delle Regioni, nel campo della formazione sanitaria continua, diviene così un ulteriore strumento per il pieno esercizio delle competenze attribuite dalla Costituzione alle Regioni stesse: elemento di crescita degli operatori sanitari, di loro sensibilizzazione alle realtà, in una parola, di coerenza e di *compliance* della qualità professionale con le specifiche richieste dei cittadini e del territorio.

Infine, gli obiettivi formativi di libera scelta dell'operatore sanitario rappresentano l'elemento eticamente forse più rilevante della nuova formazione permanente: essi, infatti, si richiamano direttamente alla capacità dell'operatore di riconoscere le proprie esigenze formative, ammettere i propri limiti e decidere di colmarli.

Un ulteriore elemento di novità è rappresentato dal coinvolgimento di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, non solo quali attori della pianificazione della formazione, ma anche quali organismi di garanzia della sua aderenza agli standard europei ed internazionali. Sotto quest'ultimo profilo, attenzione dovrà essere posta proprio all'armonizzazione tra il sistema formativo italiano e quello europeo, in coerenza con i principi della libera circolazione dei professionisti.

Ancora, le Società Scientifiche dovranno trovare ampia valorizzazione nel sistema della formazione continua, garanti non solo della solidità delle basi scientifiche degli eventi formativi, ma anche della qualità pedagogica e della loro efficacia.

Da ormai molti anni la maggior parte delle Società Medico Scientifiche Italiane si è riunita nella Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche (FISM), che ha operato per dare agli specialisti italiani un ruolo di interlocuzione con le Istituzioni, inteso primariamente come contributo culturale ed operativo all'identificazione ed allo sviluppo delle attività sanitarie e mediche nel Paese. Oggi le Società Scientifiche hanno trovato pieno riconoscimento del loro ruolo per l'ECM, la cui organizzazione si è così arricchita di risorse culturali ed umane.

Nel sistema che si sta creando, dovrà anche essere dedicata attenzione al mondo della editoria, sia cartacea che on-line, in maniera da garantire che i prodotti immessi in circolazione siano coerenti con le finalità del sistema formativo.

Da ultimo, ma non meno importante, è il coinvolgimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle Aziende Ospedaliere e delle Università nonché delle altre strutture sanitarie pubbliche e private: esse rappresentano la naturale sede della formazione continua, in quanto in grado di offrire quella «formazione in contesto professionale», eminentemente pratica ed operativa, senza la quale la formazione continua rimane un mero esercizio cognitivo, privo di qualsiasi possibilità di ricaduta concreta sulla qualità delle cure.

2.6. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere

Per molti anni l'ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti: realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni italiani un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 Ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili.

Ancora fino agli anni '70 gli strumenti diagnostici e terapeutici dei medici e degli Ospedali erano relativamente limitati: non esistevano le apparecchiature sofisticate di oggi e quindi non era necessario disporre di superspecialisti. Gli importanti sviluppi intervenuti successivamente, basta citare l'impetuoso affermarsi delle tecnologie sanitarie basate sulle bio-immagini, che ha visto il progressivo diffondersi delle ecografie, TAC, NMR, e PET a fianco della radiologia tradizionale hanno comportato l'obsolescenza di costosissime apparecchiature nel giro di pochi anni. Negli ultimi 20 anni è cambiata la tecnologia, ed è cambiata la demografia: l'aspettativa di vita è cresciuta fino a raggiungere i 76,0 anni per gli uomini e gli 82,4 anni per le donne, cosicché la patologia dell'anziano, prevalentemente di tipo cronico, sta progressivamente imponendosi su quella dell'acuto. Si sviluppa conseguentemente anche il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici. Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in Ospedale.

Alla luce di questo nuovo scenario la nostra organizzazione ospedaliera, un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un ripensamento.

Un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive.

Solo se si saprà cogliere, con questa ed altre modalità, il cambiamento ed il nuovo che avanza in sanità, se si saprà attuare una buona comunicazione con i cittadini per far loro capire come sia necessario, nel loro interesse, assecondare il cambiamento ed adeguarvisi, se si saprà gestire il servizio pubblico con mentalità imprenditoriale sarà offerta al Paese una sanità più efficace, più moderna ed anche economicamente più vantaggiosa, modificando una realtà che continua ad assorbire risorse per mantenere servizi di limitata utilità.

È importante sottolineare che l'Italia recentemente, ha ritenuto strategico il collegamento in rete degli Ospedali di eccellenza e di questi con gli Ospedali Italiani nel mondo. Si tratta di oltre 40 strutture distribuite nei vari Continenti, con le quali il collegamento offre potenziali vantaggi in quanto contribuisce a legare le comunità italiane all'estero, ma che ha vantaggi evidenti soprattutto per i Paesi africani dove esistono ben 20 strutture italiane per le quali si può ipotizzare la costruzione di una rete verticale anziché orizzontale. Verticale nel senso che presso questi Ospedali si può realizzare un teleconsulto e un sistema educativo via rete per l'aggiornamento del personale italiano che, a sua volta, può trasferire queste conoscenze al personale locale, creando in loco le capacità professionali per rendere questi Paesi più autonomi dal punto di vista sanitario.

Gli obiettivi strategici:

sostenere le Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con la finalità da un lato di convertire la funzione di alcuni Ospedali minori e di attivare la ospedalità a domicilio, e dall'altro di realizzare Centri avanzati di Eccellenza;

attivare, da parte delle Regioni e dello Stato, una forte azione di comunicazione con la popolazione, tesa a chiarire il senso dell'operazione, che è quello di fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni, riducendo i cosiddetti viaggi della speranza ed i relativi disagi e costi, attivando nel contempo servizi per i pazienti cronici ed alleviando il peso che questi comportano per le rispettive famiglie;

concordare con le Regioni una metodologia di misura della qualità degli erogatori dei servizi sanitari.

2.7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari

Più in generale, si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostandovi risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile. Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui MMG e pediatri di libera scelta, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato.

Il nuovo piano Sanitario Nazionale, è lo strumento per individuare un nuovo assetto dell'organizzazione della medicina nel territorio. I problemi economici, le liste di attesa, il sotto-utilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale.

Il gradimento dei cittadini verso l'assistenza di base, consiglia di recuperare a pieno questa risorsa riportandola al centro della risposta sanitaria e di governo dei percorsi sanitari. Ciò in raccordo con le altre presenze nel territorio.

Questo dovrà uniformarsi con un governo unitario della Sanità nel territorio, espresso nella partecipazione alle scelte di programmazione, che dovrà essere sintonizzato con gli obiettivi di salute della programmazione e quindi premiare la professionalità, la qualità e la quantità di lavoro, nonché un conseguente riconoscimento nel sistema sanitario.

Obiettivo di questo riordino sono:

la garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dei LEA;

il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali;

un'efficace continuità assistenziale;

la fornitura di attività specialistiche;

l'abbattimento delle liste d'attesa;

la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri;

la attivazione dei percorsi assistenziali.

L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire, l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo.

È noto quanto sia importante il coordinamento degli interventi ed a tale scopo individuare nel territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni.

Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extra ospedalieri, oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservato alle patologie acute.

È una linea che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

2.7.-*bis* Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza

Per quanto attiene al sistema di emergenza-urgenza attivo in Italia, sono state emanate nell'aprile 1996 le Linee Guida che forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza e sulle Unità operative che compongono i Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEA) di I e II livello. Sulla base di tali indicazioni il sistema dell'emergenza sanitaria risulta costituito da:

un sistema di allarme sanitario, assicurato dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico nazionale (118);

un sistema territoriale di soccorso costituito da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio;

una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Relativamente a particolari specialità le Linee Guida sopra citate prevedono l'elaborazione di successivi documenti di approfondimento sulla gestione di tematiche specifiche. Tra queste, le Linee Guida sulla chirurgia e microchirurgia della mano e quelle sul *triage* intraospedaliero sono state approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* del 7 dicembre 2001 mentre quelle sull'Organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni sono state pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* del 24 giugno 2002.

Il miglioramento dei servizi di urgenza ed emergenza riveste infine un particolare rilievo per le Isole minori e le località montane disagiate, per le quali sono stati previsti specifici interventi sia dall'Accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza sia dalla legge Finanziaria del 28 dicembre 2001, n. 448. Infatti, mentre l'Accordo garantisce l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli, con particolare riguardo a quelle di emergenza-urgenza, alle popolazioni delle Isole minori e delle comunità montane disagiate, la legge Finanziaria facilita il reclutamento del personale da impiegare a tale scopo.

Gli obiettivi strategici:

riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'emergenza e accettazione;

integrazione del territorio con l'Ospedale;

integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato.

2.8. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari

La realizzazione degli obiettivi di salute dipende in larga parte dai risultati della ricerca, in quanto il progresso scientifico contribuisce in maniera determinante alla scoperta di nuove terapie e procedure diagnostiche ed alla individuazione di nuovi procedimenti e di nuove modalità organizzative nell'assistenza e nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il sostegno della ricerca comporta dei costi, ma determina a lungo termine il vantaggio, anche economico, di ridurre l'incidenza delle malattie, e di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Il convincimento che le sfide più importanti si possano vincere soltanto con l'aiuto della ricerca e dei suoi risultati ci spinge a considerare il finanziamento della ricerca un vero e proprio investimento e la sua organizzazione un obiettivo essenziale.

Alla luce di tutto questo aver mantenuto la spesa pubblica italiana per la ricerca tra le più basse in Europa, rispetto al prodotto interno lordo nazionale, ha rappresentato un grave danno per il nostro Paese. Da più parti si è elevato a questo proposito il monito che, uscendo dalle difficoltà economiche momentanee, l'Italia debba approntare un piano strategico di rilancio della ricerca che inizi con l'attribuire a questo settore maggiori risorse pubbliche. Tuttavia va anche ricordato che il rilancio della ricerca non dipende solo dalla disponibilità di fondi pubblici.

Per quanto riguarda la ricerca nell'ambito dell'Unione Europea è fondamentale che l'Italia svolga a pieno il ruolo che le spetta nell'ambito del Sesto Programma Quadro (2002-2006) di Azione Comunitaria di Ricerca, Sviluppo Tecnologico e Dimostrazione per la Realizzazione dello Spazio Europeo della Ricerca, dotato di importanti risorse finanziarie. Ciò non solo perché il Programma Quadro contribuirà a modificare nell'arco di cinque anni in modo radicale l'assetto della ricerca in Europa, ma anche perché l'Italia ha il dovere di sviluppare la ricerca a sostegno delle politiche comunitarie e di quelle destinate a rispondere alle esigenze emergenti.

Gli obiettivi strategici:

la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca;

la promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, istituti di ricerca, istituti di cura, associazioni scientifiche ed associazioni di malati;

la elaborazione dello studio di modelli che creino le condizioni favorevoli per l'accesso alla ricerca e per favorire la mobilità dei ricercatori tra le varie Istituzioni;

la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca;

l'attivazione di strumenti di flessibilità e convenienza per i ricercatori, capaci di attirare ricercatori operanti all'estero, inclusi i rapporti con i capitali e gli istituti privati italiani e stranieri, in rapporto di partenariato o di collaborazione senza limiti burocratici eccessivi;

l'attivazione di una politica che renda vantaggioso per le imprese investire nella ricerca in Italia, utilizzando modelli già sperimentati negli altri Paesi;

il perseguimento degli obiettivi prioritari previsti dal sesto Programma Quadro Comunitario in tema di ITC, Biotecnologie e nuovi materiali, nano e microtecnologie;

il perseguimento degli obiettivi previsti dai quattro assi di intervento previsti dal PNR.

2.9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita.

a) Oltre ad una crescente quota di popolazione in sovrappeso, numerose patologie sono correlate, ad esempio, ad una alimentazione non corretta. Tra queste, alcuni tipi di tumori, il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari ischemiche, l'artrosi, l'osteoporosi, la litiasi biliare, lo sviluppo di carie dentarie e le patologie da carenza di ferro e carenza di iodio. Una caratteristica della prevenzione delle malattie connesse all'alimentazione è la necessità di coinvolgere gran parte della popolazione e non soltanto i gruppi ad alto rischio. La strategia di prevenzione deve essere rivolta pertanto all'intera popolazione, presso la quale occorre diffondere raccomandazioni per una sana alimentazione in termini di nutrienti, di scelta di profili alimentari salutari, ma anche coerenti con le consuetudini, che tengano conto dei fattori culturali e socio-economici. L'accento va posto sulla lettura ed utilizzazione della etichettatura nutrizionale, adottata per un numero crescente di alimenti preconfezionati, che può facilitare scelte idonee ed indurre il settore industriale a migliorare la qualità nutrizionale degli alimenti prodotti.

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia, altri disturbi del comportamento alimentare) mostrano, a partire dagli anni '70, un significativo incremento di incidenza e prevalenza. I valori attuali di prevalenza in Italia nelle donne di età compresa tra i 12 e i 25 anni (soggetti a rischio) sono i seguenti (dati riguardanti solo le sindromi complete e non i disturbi sub clinici): anoressia nervosa 0,3-0,5%; bulimia nervosa 1-3%; altri disturbi del comportamento alimentare 6%.

Un problema che riveste un interesse prioritario è quello della dieta e del sovrappeso, sul quale ha richiamato l'attenzione di recente il Consiglio dei Ministri Europeo e per il quale si rimanda all'apposito capitolo.

Anche su questi temi vanno attuate, a fini di prevenzione, campagne di sensibilizzazione anche nella scuola, nei consultori adolescenziali e presso i medici di medicina generale.

b) Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e psichica degli anziani. L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, riduce l'ipertensione arteriosa e la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.

c) Il fenomeno del tabagismo è molto complesso sia per i risvolti economici, psicologici e sociali sia, soprattutto, per la pesante compromissione della salute e della qualità di vita dei cittadini, siano essi soggetti attivi (fumatori) o soggetti passivi (non fumatori).

Oggi la comunità scientifica è unanime nel considerare il fumo di tabacco la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Infatti è scientificamente dimostrato l'aumento della mortalità nei fumatori rispetto ai non fumatori per molte neoplasie quali ad esempio il tumore del polmone, delle vie aeree superiori (labbra, bocca, faringe e laringe), della vescica e del pancreas.

Il fumo è causa anche di un aumento della mortalità per affezioni cardiovascolari, aneurisma dell'aorta e broncopneumopatie croniche ostruttive.

Si stima che, ad oggi, i fumatori nel mondo siano circa 1 miliardo e 100 mila, 1/3 della popolazione globale sopra i 15 anni e 1/3 di questi siano donne. In Europa sono stati stimati 230 milioni di fumatori, cioè circa il 30% dell'intera popolazione europea.

In Italia, dalle indagini multiscopo dell'Istat risulta che nel 2000 la percentuale di fumatori era pari al 24,1%: il 31,5% della popolazione maschile, il 17,2% della popolazione femminile e ben il 21,3% dei giovani tra i 14 e i 24 anni. I fumatori più accaniti, in termini di numero medio di sigarette fumate al giorno, sono gli uomini con 16 sigarette al giorno contro le 12 delle donne.

Nel nostro Paese nel 1998 si sono verificati 570.000 decessi: il 15% di questi, pari a 84.000 sono stati attribuiti al fumo, 72.000 nella popolazione maschile e 12.000 in quella femminile.

Attualmente il tumore al polmone è la decima causa di morte nel mondo. Alcuni studi predicono che, qualora non si adottino più concrete politiche antifumo, il tumore al polmone sarà nel 2020 tra le prime 5 cause di morte al mondo.

L'analisi della distribuzione percentuale dei fumatori negli ultimi 10 anni (1991-2000), che non mostra diminuzioni significative, ci induce a pensare che le politiche intraprese finora dai vari Governi e supportate anche da Organizzazioni sopranazionali, quali l'OMS, non hanno ottenuto i risultati attesi.

La normativa nazionale sul divieto di fumo nei locali pubblici utilizzata finora, risulta essere limitata ed inefficace nella sua applicazione. Il divieto di fumo, così come regolamentato sostanzialmente dalla legge n. 584 dell'11 novembre 1975 e dalla direttiva 14 dicembre 1995, non è sufficiente. Questa normativa, nel tentativo di puntualizzare i luoghi ove è vietato fumare e di affidare il rispetto delle norme a responsabili sprovvisti dall'autorità necessaria, ha, di fatto, creato incertezze e difficoltà che hanno vanificato lo sforzo del legislatore.

Un ulteriore sviluppo normativo approvato in via definitiva dal Parlamento il 21 dicembre 2002 prevede l'applicazione del divieto di fumo a tutti gli spazi confinati, ad eccezione di quelli adibiti ad uso privato e a quelli eventualmente riservati ai fumatori che dovranno essere dotati di appositi dispositivi di ricambio d'aria per tutelare la salute dei lavoratori addetti.

Gli interventi legislativi, comunque, devono essere coniugati con maggiori e più incisive campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e/o passivo, la cui efficacia potrà essere maggiore se verranno rivolte soprattutto ai giovani in età scolare e alle donne in età fertile.

Una campagna indirizzata ai ragazzi di 14 e 15 anni è stata iniziata nelle scuole dal Ministero della Salute e da quello dell'Istruzione, Università e Ricerca scientifica con l'iniziativa denominata «Missione Salute» che si propone di supportare l'educazione alla Salute nelle nostre scuole.

In particolare per i giovani va tenuto conto che si è registrato un abbassamento dell'età in cui questi iniziano a fumare (15 anni) e che il 90% dei fumatori inizia a consumare sigarette prima dei 20 anni. Inoltre, se si considera che l'iniziazione alle sigarette è fortemente influenzata, sia nelle ragazze sia nei ragazzi, da pressioni sociali, da bisogni psicologici, da condizionamenti legati a compagni ed amici e da fattori familiari quali la presenza di genitori che fumano, risulta evidente che un appropriato intervento deve essere perseguito con un adeguato comportamento di coloro che rivestono ruoli percepiti dai ragazzi come carismatici, inclusi i genitori, gli insegnanti, gli operatori sanitari e i *mass media*. Sarà da modificare in particolare il modello proposto nei decenni precedenti che presentava il fumatore come un personaggio emancipato e carismatico; al contrario la nuova politica adottata negli USA, che attribuisce al fumatore un basso livello socio-culturale, è quella che più si avvicina alle realtà e che meglio può contrastare la cultura del secolo scorso.

Essendo scientificamente provata la correlazione tra fumo e patologie del feto, risulta di particolare rilievo l'intervento di sensibilizzazione destinato alle donne in età fertile. Infatti, ad esempio, il deficit congenito di un arto, nel quale una parte o tutto l'arto del feto può non svilupparsi, è doppio nelle donne fumatrici rispetto alle non fumatrici. L'aborto spontaneo, si produce in quasi 4.000 donne su 100.000 che fumano e il rischio di gravidanza ectopica è doppio rispetto alle non fumatrici. I bambini di madri fumatrici pesano alla nascita in media 150-200 grammi in meno. Le donne fumatrici sono più soggette a fenomeni quali la placenta previa, il distacco di placenta, le emorragie gestazionali, la rottura precoce della membrana amniotica, le infezioni del liquido amniotico. Inoltre alcuni studi dimostrano che l'esposizione dei neonati al fumo passivo aumenta il rischio di SIDS (Sudden Infant Death Sindrome) ed in particolare è direttamente proporzionale al consumo di sigarette fumate dalla madre e al numero di sigarette fumate in presenza dei neonati.

d) La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcool è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Numerose evidenze dimostrano che gli individui (ed i giovani in particolare) che abusano dell'alcool risultano più frequentemente inclini a comportamenti ad alto rischio per sè e per gli altri (quali guida di autoveicoli e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. L'alcool agisce come «ponte» per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio a sostanze illegali, le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute della persona che ne fa direttamente uso. Benché il consumo di bevande alcooliche in Italia sia andato diminuendo dal 1981, notevoli sforzi devono essere posti in essere per raggiungere gli obiettivi adottati dall'OMS e, in particolare, dall'Unione Europea con la recente approvazione di una specifica strategia per la riduzione dei pericoli connessi all'alcool.

Una corretta informazione sui problemi della salute, sulle malattie, e sui comportamenti e le soluzioni più adatte a promuovere lo stato di salute sta alla base di una moderna società del benessere. Molti sono infatti gli strumenti che la scienza e la tecnologia moderna mettono a disposizione della collettività per tutelare le condizioni di vita e di salute. Molti sono anche, peraltro, i fattori di minaccia per la salute, vecchi e nuovi, dall'inquinamento agli errori alimentari, agli abusi di sostanze potenzialmente dannose, alla mancata prevenzione. Anche sostanze innocue come il sale da cucina, se assunto in quantità eccessive possono essere causa di malattie a carico dell'apparato cardio-vascolare.

Va inoltre sottolineata l'importanza di sottoporsi a periodici controlli e a *test di screening* consigliati per la diagnosi precoce dei tumori nelle età e con i tempi appropriati.

Alcune importanti informazioni di carattere sanitario non sono o sono scarsamente accessibili ai pazienti. Questo è, ad esempio, il caso delle informazioni:

sulle possibili terapie alternative per particolari malattie;

sullo sviluppo di alcuni approcci terapeutici;

sull'esito di alcune sperimentazioni cliniche;

sulle caratteristiche delle diverse strutture sanitarie e le diverse possibilità di cura;

sulle modalità di accesso alle cure.

Le informazioni necessarie ai pazienti per orientarsi sulle decisioni in materia di salute dovrebbero essere fornite in modo comprensibile e aggiornato. Benché il ruolo del medico e del farmacista rimanga fondamentale nell'informare i pazienti, è necessario tenere conto del fatto che lo sviluppo della società dell'informazione offre numerosi altri strumenti, ivi incluso Internet, il cui impatto potrebbe essere altamente benefico se opportunamente utilizzati. In effetti, esistono già numerosi siti web che forniscono una varietà di informazioni di carattere sanitario, ma la qualità dell'informazione fornita non è sempre soddisfacente ed, in alcuni casi, è addirittura fuorviante.

Costituisce un obbligo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale quello di fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione, che consentano di evitare i rischi, di attuare comportamenti salutari, e di conoscere e saper individuare adeguatamente ed in tempo utile i possibili segnali di squilibrio psicofisico e di malattia.

Oltreché all'importanza della informazione sulla salute rivolta ai cittadini, il Servizio Sanitario Nazionale deve prestare attenzione anche alle opportunità dello sviluppo di una corretta comunicazione tra cittadini ed Istituzioni. Fino ad un recente passato il rapporto terapeutico era inteso quasi esclusivamente «a senso unico», nel quale le informazioni passavano dal medico, o dall'operatore sanitario, al paziente, o ai suoi familiari. In uno stato moderno, nel quale i cittadini possiedono livelli di cultura più elevati, e soprattutto ambiscono a partecipare attivamente ai processi sociali ed economici che li riguardano, la relazione bi-direzionale tra operatori e utenti è d'obbligo.

Le Istituzioni sanitarie devono rispondere a numerose istanze sul complesso e articolato tema della salute, moltiplicando in tal modo la quantità dei temi e dei messaggi, che rischiano così di disperdersi in più percorsi di comunicazione, non potendo avere una sufficiente massa critica di risorse.

Si nota inoltre su alcune tematiche di pubblico valore, oggetto in passato di attività comunicazionale, un mancato coordinamento a livello di obiettivi strategici desiderati, o addirittura una sovrapposizione degli sforzi da parte di diversi enti, che anziché creare valore incrementale alla comunicazione rischiano di indirizzare ai cittadini messaggi incoerenti o poco chiari.

L'insieme di queste considerazioni evidenzia la necessità di modificare l'approccio alla comunicazione istituzionale in campo sanitario se si vuole raggiungere risultati significativi su questioni di altissimo impatto.

Gli obiettivi strategici

Occorre orientare l'attività e gli impegni del Servizio Sanitario Nazionale affinché esso si muova nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria.

Ciò implica la necessità di:

acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;

avviare un processo di valutazione ed interpretazione della domanda di salute;

individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;

mettere a fuoco le lacune in tema di capacità diffuse di prevenzione;

progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari e sulle prestazioni offerte, ed un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;

contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;

coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanità;

portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute.

2.10. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza

L'uso razionale dei medicinali rappresenta un obiettivo prioritario e strategico del Piano Sanitario Nazionale, per il ruolo che il farmaco riveste nella tutela della salute.

A seguito dell'emanazione della legge 16 novembre 2001 n. 405, i farmaci rappresentano uno dei settori più avanzati di applicazione del processo di devoluzione di competenze alle Regioni, in un quadro peraltro di garanzia per tutti i cittadini di accesso ai farmaci essenziali.

L'attuazione del Programma Nazionale di Farmacovigilanza, costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio-rischio dei farmaci, e garantire la sicurezza dei pazienti nell'assunzione dei medicinali. Più in generale, bisogna puntare sul buon uso del farmaco.

In tale contesto, si inserisce l'invio a tutte le famiglie italiane dell'opuscolo «Pensiamo alla salute. 20 regole per un uso corretto dei farmaci», a cura del Ministero della Salute. Tale iniziativa intende costituire un supporto di conoscenza e di informazione per tutti i cittadini sul corretto ruolo dei farmaci nel contesto della salute, mettendo in relazione l'uso dei medicinali con l'attenzione a stili di vita adeguati.

L'Italia ritiene necessario l'aggiornamento della normativa europea in materia di medicinali e a tal fine si adopererà per mettere a punto nuovi sviluppi basati sulla collaborazione degli Stati membri e della Commissione Europea secondo quanto delineato dal gruppo di lavoro ad alto livello su «Innovazione e disponibilità dei medicinali» (cosiddetto gruppo G-10 medicinali) che ha adottato 14 raccomandazioni in materia di politica farmaceutica relative ad innovazione, accessibilità, bench-marking, diritti di informazione dei pazienti ed impatto dell'allargamento dell'U.E.

Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici nel settore del buon uso del farmaco possono essere così definiti:

offrire un supporto sistematico alle Regioni sull'andamento mensile della spesa farmaceutica, attraverso informazioni validate ed oggettive, che consentano un puntuale monitoraggio della spesa, la valutazione dell'appropriatezza della farmacoterapia e l'impatto delle misure di contenimento della spesa adottate dalle Regioni in base alla citata legge n. 405 del 2001;

attuare il Programma Nazionale di Farmacovigilanza per assicurare un sistema capace di evidenziare le reazioni avverse e di valutare sistematicamente il profilo di rischio-beneficio dei farmaci;

porre il farmaco fra i temi nazionali dell'ECM;

rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini;

promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;

rilanciare la sperimentazione clinica dei farmaci e il ruolo dei comitati etici locali;

assicurare l'accesso agevole e rapido ai medicinali innovativi per tutti i cittadini.

PARTE SECONDA

GLI OBIETTIVI GENERALI

3. LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'aumento della longevità in Italia potrà essere conseguito soprattutto attraverso la diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari, la riduzione della mortalità prematura per cancro e una migliore prevenzione degli incidenti e degli infortuni. Sono numerose in Italia, come in altri Stati, le cause di morte che potrebbero essere prevenute da un intervento medico o di salute pubblica appropriato (morti evitabili). Un primo gruppo comprende le malattie per le quali i fattori etiologici sono stati identificati e il cui impatto dovrebbe essere ridotto attraverso idonei programmi di prevenzione primaria. Un secondo gruppo include le malattie neoplastiche la cui diagnosi precoce, unitamente alla terapia adeguata, ha dimostrato di aumentare notevolmente il tasso di sopravvivenza dei pazienti. Un terzo gruppo, più eterogeneo, è formato da malattie associate a condizioni igieniche scarse, quali ad esempio l'epatite virale A, e da altre malattie fortemente influenzate dall'efficienza del sistema sanitario nel provvedere una diagnosi corretta e un tempestivo trattamento appropriato. Secondo alcune stime recenti, vi sarebbero state in Italia nel 1998 circa 80 mila morti evitabili per il 57,7% mediante la prevenzione primaria, per il 9,9% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte con una migliore assistenza sanitaria. L'incremento del numero delle persone anziane pone la necessità di promuovere la loro partecipazione alla vita sociale, contrastando l'emarginazione e rafforzando l'integrazione fra politiche sociali e sanitarie al fine di assicurare l'assistenza domiciliare per evitare ogni volta che sia possibile l'istituzionalizzazione.

3.1. Vivere a lungo, vivere bene

L'aspettativa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza ad un progressivo aumento a partire dal 1970 per entrambi i sessi: nel corso degli anni fra il 1983 e il 1993, l'aspettativa di vita a 65 anni è aumentata di 2,3 anni per le femmine (+13,5%) e di 2 anni per i maschi (+14,5%). Nell'anno 2000 l'aspettativa di vita alla nascita è stata stimata essere pari a 82,4 anni per le donne e a 76,0 anni per gli uomini. Tuttavia, l'aumento della longevità è un risultato valido se accompagnato da buona salute e da piena autonomia. A tale scopo è stato sviluppato il concetto di «aspettativa di vita sana (o esente da disabilità)». I dati disponibili, pur limitati, suggeriscono che l'aspettativa di vita esente da disabilità, sia per i maschi che per le femmine, si avvicini in Italia alla semplice aspettativa di vita maggiormente di quanto non avvenga in altri Paesi.

Secondo gli obiettivi adottati nel 1999 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per gli Stati europei, ivi inclusa l'Italia, entro l'anno 2020:

vi dovrebbe essere un aumento, almeno del 20%, dell'aspettativa di vita e di una vita esente da disabilità all'età di 65 anni;

vi dovrebbe essere un aumento, di almeno il 50%, nella percentuale di persone di 80 anni che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

3.2. Combattere le malattie

3.2.1. Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari sono responsabili del 43% dei decessi registrati in Italia nel 1997, per il 31% dovute a patologie ischemiche del cuore e per il 28% ad accidenti cerebrovascolari. Notevoli differenze si registrano in diverse parti d'Italia sia nell'incidenza sia nella mortalità associata a queste malattie.

I principali fattori di rischio a livello individuale e collettivo sono il fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa ed il diabete mellito; la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica il rischio di andare incontro alla malattia ischemica del cuore e agli accidenti cardiovascolari.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità per malattie cardiovascolari è ormai dimostrato come la mortalità ospedaliera per infarto acuto del miocardio, rispetto a quanto avveniva negli anni '60 prima dell'apertura delle Unità di Terapia Intensiva Coronaria (UTIC), sia notevolmente diminuita e, dopo l'introduzione della terapia trombolitica, si sia ridotta ulteriormente. Ciò che resta invariata nel tempo è, invece, la quota di pazienti affetti da infarto miocardio acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi prima di giungere all'osservazione di un medico. Per quanto riguarda l'ictus (circa 110.000 cittadini sono colpiti da ictus ogni anno mentre più di 200.000 sono quelli con esiti di ictus pregressi), si rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile. È necessario, quindi, prevedere un percorso integrato di assistenza al malato che renda possibile sia un intervento terapeutico in tempi ristretti per evitare l'instaurarsi di danni permanenti, e dall'altro canto un tempestivo inserimento del paziente già colpito da ictus in un sistema riabilitativo che riduca l'entità del danno e favorisca il recupero funzionale.

Per contrastare sia le malattie cardiovascolari sia quelle cerebrovascolari, è molto importante intensificare gli sforzi nella direzione della prevenzione primaria e secondaria, attraverso:

la modificazione dei fattori di rischio quali fumo, inattività fisica, alimentazione errata, ipertensione, diabete mellito;

il trattamento con i farmaci più appropriati.

È necessario anche migliorare le attività di sorveglianza degli eventi acuti.

L'obiettivo adottato nel 1999 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli Stati dell'Europa per l'anno 2020 è quello di una riduzione della mortalità cardiovascolare in soggetti al di sotto dei 65 anni di età pari ad almeno il 40%.

3.2.2. I tumori

Il cancro costituisce la seconda causa di morte nel nostro Paese. Nel 1998 i decessi per tumore sono stati circa 160.000, il 28% circa della mortalità complessiva. Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori polmonari, seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella.

Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di tumore all'anno.

L'incidenza dei tumori nella popolazione italiana anziana è ancora in aumento, mentre i tassi di incidenza, aggiustati per età, sono stimati stabili. Nei dati dei Registri Tumori Italiani, il tumore del polmone è quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco.

La distribuzione geografica del cancro in Italia è caratterizzata dall'elevata differenza di incidenza e di mortalità fra grandi aree del Paese, in particolare fra Nord e Sud. In entrambi i sessi e per la maggior parte delle singole localizzazioni tumorali ed in particolare per i tumori a maggiore frequenza, il rischio di ammalare è molto superiore al Nord che al Sud del Paese. Nel 1997 i tassi standardizzati per età della mortalità per cancro sono stati per 1.000 abitanti pari a:

uomini: Nord-Ovest: 3,85; Nord-Est: 3,63; Centro: 3,35; Sud e Isole: 3,03;

donne: Nord-Ovest: 1,93; Nord-Est: 1,83; Centro: 1,76; Sud e Isole: 1,57.

La sopravvivenza in presenza della malattia è costantemente aumentata nel tempo, a partire dal 1978, anno dal quale si dispone di dati. L'incremento in Italia è stato il più forte tra tutti quelli osservati nei Paesi europei. Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati fino al 1994), sono complessivamente del 47% (39% negli uomini e 56% nelle donne). Nel corso di 5 anni, rispetto alle osservazioni precedenti, la sopravvivenza è migliorata del 7% negli uomini e del 6% nelle donne.

La differenza tra sessi è dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

Il fumo e le abitudini alimentari scorrette (compreso l'eccessivo consumo di alcool) sono fattori di rischio riconosciuti, per molte categorie di tumori, con peso etiologico variabile, e possono spiegare

circa i 2/3 di tutti i casi di tumore. Gli interventi per contrastare questi fattori, cui sono dedicati specifici capitoli del presente Piano Sanitario, sono, quindi, di fondamentale importanza.

La diagnosi precoce, che consenta la rimozione del tumore prima della diffusione nell'organismo di cellule metastatiche, sarebbe in via di principio, risolutiva almeno per i tumori solidi. Essa avrebbe inoltre un riscontro quasi immediato nelle statistiche di mortalità. In pratica la diagnosi precoce clinica può non essere sufficiente a salvare la vita del paziente, anche se può in molti casi allungarne il tempo di sopravvivenza e migliorarne la qualità della vita. Deve essere incentivato e reso disponibile l'approfondimento diagnostico anche in soggetti con sintomi lievi e con basso potere predittivo, con particolare attenzione alla popolazione anziana.

Alle persone sane vanno proposti solo esami di screening di comprovata efficacia nella riduzione del tasso di mortalità e di morbilità dovute al cancro, che allo stato delle attuali conoscenze sono il Pap-test, la mammografia e la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Tra i problemi che affliggono l'erogazione di un'adeguata assistenza ai cittadini affetti da neoplasia maligna, oltre alla mancanza di «ospedalizzazione a domicilio», vi è la scarsità di adeguate strutture ospedaliere specializzate nel trattamento del cancro. Gli aspetti negativi di questa situazione sono essenzialmente due: 1) la gran variabilità della casistica clinica non consente ai tecnici di focalizzare il loro interesse professionale alla diagnosi e terapia di questa patologia; 2) la necessità di fronteggiare tutte le patologie e la limitatezza dei fondi disponibili non consentono a tutti di acquisire le apparecchiature necessarie per erogare prestazioni adeguate (basta pensare alle poche Unità di Radioterapia presenti sul territorio nazionale).

L'oncologia è una disciplina che coinvolge molti enti con diverso interesse principale, perché non essendo ancora nota la causa etiologica è necessaria un'intensa attività di ricerca che comprende la ricerca di base, la ricerca cosiddetta traslazionale e la ricerca clinica propriamente detta.

Si è però venuta a creare una situazione non bene definita, perché questa suddivisione di compiti ha confini molto sfumati essenzialmente per la mancanza di un accordo formale sulla suddivisione di compiti tra enti diversi.

Sia a livello nazionale sia a livello europeo sta per iniziare una discussione su questo problema: l'Unione Europea ha lanciato un'iniziativa definita «European Cancer Research Iniziative» il cui scopo essenziale è di aiutare la Commissione Europea a definire i contenuti della parte oncologica del VI Programma Quadro. Nel corso della discussione è però emersa come prioritaria la necessità di risolvere i problemi dei pazienti a livello individuale e di salute pubblica. La proposta formulata dalle Associazioni Oncologiche europee è di definire un modello di centro oncologico cui dare tre obiettivi prioritari:

1) migliorare gli standard di prevenzione, diagnosi e terapia;

2) favorire la parità tra pazienti e medici;

3) migliorare l'accesso alle strutture di diagnosi e cura in Europa.

3.2.3. Le cure palliative

In Italia muoiono ogni anno oltre 159.000 persone a causa di una malattia neoplastica (Istat, 1998) ed il 90% di esse (143.100) necessita di cure palliative che si realizzano attraverso la formulazione e l'offerta di un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua possibile durante gli ultimi mesi di vita al paziente stesso e alla sua famiglia. Tale fase, definita comunemente «fase terminale», è caratterizzata per la persona malata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale e tale da mettere spesso in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari.

La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche), cardio-circolatorio (ad es. persone affette da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (ad es. cirrosi) e di persone colpite da particolari malattie infettive, in primo luogo l'A.I.D.S.

Le cure palliative si rivolgono ai pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali e spirituali è, quindi, di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie. Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento specifico.

La filosofia cui le cure palliative si ispirano, quindi, è tesa a produrre azioni finalizzate al miglioramento della qualità di vita del paziente.

Esse:

affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale;

non accelerano né ritardano la morte;

provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi;

integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;

aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;

sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

La maggior parte delle regioni ha già provveduto a definire la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti: molte hanno elaborato programmi regionali specifici per le cure palliative ed altre hanno inserito lo sviluppo delle cure palliative all'interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).

Ciò che emerge è la necessità di un modello di intervento di cure palliative flessibile ed articolabile in base alle scelte regionali, ma che, garantisca in tutto il Paese la risposta ottimale ai bisogni della popolazione, sia a quelli dei malati sia a quelli delle famiglie.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggior possibilità di integrazione tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare, e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la loro abitazione. La rete sanitaria e socio-sanitaria deve essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata.

Ai fini di promuovere la diffusione delle cure palliative è necessario quindi:

rivedere alcuni aspetti normativi riguardo all'uso di farmaci antidolorifici, migliorando la disponibilità degli oppiacei, semplificando la prescrizione medica, prolungando il ciclo di terapia e rendendone possibile l'uso anche a casa del paziente;

individuare precise Linee Guida in materia di terapia antalgica per prevenire gli abusi ed orientare il medico nella prescrizione;

implementare la rete assistenziale;

attivare un sistema di valutazione;

realizzare programmi di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione;

sostenere specifici programmi di ricerca;

promuovere l'integrazione nella rete di cure palliative delle Organizzazioni no-profit operanti in questo settore, attraverso la valorizzazione delle Associazioni di Volontariato.

3.2.4. Il diabete e le malattie metaboliche

Le malattie metaboliche, in progressivo aumento anche in rapporto con l'innalzamento della vita media della popolazione, rappresentano una causa primaria di morbilità e mortalità nel nostro Paese.

Il diabete di tipo 1, dipendente da carenza primaria di insulina, necessita di trattamento specifico insulinico sostitutivo, ma la gravità della prognosi è strettamente legata ad una corretta gestione, da parte degli stessi pazienti, dello stile di vita in generale e di quello alimentare in particolare.

Pertanto è opportuno attivare:

programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva, con l'obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti);

strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria.

L'incidenza del diabete di tipo 2 (non dovuto alla carenza di insulina, cosiddetto dell'adulto) è in aumento in tutto il mondo, sia in quello occidentale che nei Paesi in via di sviluppo, anche perché la diagnosi viene posta in fase più precoce rispetto al passato.

L'incremento epidemico dei casi di obesità, d'altra parte, rappresenta di per sé un'importante fattore di rischio per la comparsa clinica della malattia diabetica.

Vi è oggi convincente evidenza che il *counselling* individuale finalizzato a ridurre il peso corporeo, a migliorare le scelte alimentari (riducendo il contenuto di grassi totali e di grassi saturi e aumentando il contenuto in fibre della dieta) e ad aumentare l'attività fisica, riduce il rischio di progressione verso il diabete del 58% in 4 anni.

Le complicanze del diabete sono prevalentemente a carico dell'apparato cardiocircolatorio e possono essere decisamente penalizzanti per la qualità e la durata della vita. In massima parte possono essere prevenute dalla diagnosi precoce, dal miglioramento del trattamento specifico e da programmi di educazione sanitaria orientati all'autogestione della malattia. In particolare, la riduzione ed il controllo del peso corporeo, oltre a ridurre il rischio di comparsa clinica del diabete, contribuisce anche a ridurre il rischio delle sue complicanze, specie quelle di eventi cardiovascolari.

L'OMS ha posto come obiettivo per l'anno 2020 la riduzione di un terzo dell'incidenza delle complicanze legate al diabete.

Due milioni di italiani hanno dichiarato di soffrire di diabete secondo l'indagine multiscopo ISTAT con notevoli differenze geografiche di prevalenza autopercepita e questo dato è coerente con la rilevazione della rete di osservatori cardiovascolari relativa alla distribuzione della glicemia ed alla proporzione di diabetici. È però assai probabile che il numero di italiani diabetici, senza sapere di esserlo, sia altrettanto alto.

Una strategia di educazione comportamentale, di prevenzione globale delle patologie metaboliche e di conseguenza della morbilità e mortalità da danno vascolare e cardiaco, non può prescindere dall'affrontare il problema del sovrappeso e dell'obesità.

L'obesità è la seconda causa di morte prevenibile, dopo il fumo. Nel mondo industrializzato, circa metà della popolazione è in eccesso di peso. In Italia negli ultimi dieci anni la prevalenza dell'obesità è aumentata del 50% e questo è più evidente nei soggetti in età pediatrica, soprattutto nelle classi socio-economiche più basse. I costi socio-sanitari dell'obesità hanno superato, negli Stati Uniti, i 100 miliardi di dollari l'anno, mentre per l'Italia, i costi diretti dell'obesità sono stimati in circa 23 miliardi di euro l'anno. La maggior parte di tali costi (più del 60 %), è dovuta a ricoveri ospedalieri, ad indicare quanto il sovrappeso e l'obesità siano i reali responsabili di una serie di gravi patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il Sistema Sanitario Nazionale.

3.2.5 I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in particolare l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, sono malattie mentali che comportano gravi danni somatici, con un rischio di morte dodici volte maggiore di quello dei soggetti normali della stessa età: essi rappresentano un problema socio-sanitario molto importante per tutti i Paesi sviluppati, e quindi anche per l'Italia. A livello internazionale, gli studi di prevalenza, condotti su donne fra i 12 e 25 anni, hanno indicato valori compresi tra 0.2 e 0.8% per l'anoressia nervosa e tra 0.5 e 1.5% per la bulimia nervosa.

L'incidenza dell'anoressia nervosa negli ultimi anni risulta stabilizzata su valori di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre quella della bulimia nervosa risulta in aumento, ed è valutata in 9-12 nuovi casi/anno. La maggior parte degli studi è stata effettuata in paesi anglosassoni e in Italia sono stati rilevati dati sovrapponibili.

Per quanto attiene all'obesità è oramai dimostrato che nel suo trattamento l'intervento di ordine psico-comportamentale è fondamentale nel determinare il successo terapeutico, anche se deve essere ribadito che si tratta di una condizione definita su base morfologica ma non ancora adeguatamente inquadrata su base psicopatologica.

Lo studio e la cura della obesità e più in generale della Sindrome Metabolica, si intrecciano profondamente e indissolubilmente con lo studio e la cura del comportamento alimentare e dei suoi disturbi (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, night eating syndrome, etc.) per quanto suddetto e per almeno tre altri motivi:

per tutte queste patologie nessuna cura è efficace se non implica un cambiamento profondo del comportamento alimentare e dello stile di vita;

cure inadeguate dell'obesità sono corresponsabili del grande aumento dei disordini alimentari nel mondo contemporaneo;

come la cura dell'obesità, anche quella dei DCA è multidisciplinare e impone la collaborazione tra internisti, nutrizionisti, psichiatri e psicologi.

Sia per l'obesità che per i disturbi del comportamento alimentare si segnalano la gravissima insufficienza delle strutture sanitarie, l'inadeguatezza della formazione attuale di base e la necessità di un approccio multidimensionale.

La lotta all'obesità ed ai DCA mira a diminuire il numero di persone che si ammalano di questi stati morbosi e ad aumentare, in coloro che ne sono affetti, la probabilità di migliorare o di sopravvivere in condizioni soddisfacenti. Le strategie si possono articolare in aree che hanno caratteristiche e tempi di realizzazione differenti: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, assistenza, formazione, ricerca. Queste azioni potranno beneficiare delle informazioni ottenute attraverso gli strumenti epidemiologici, il cui obiettivo prioritario è quello di:

controllare prevalenza e incidenza della SM, dell'obesità e dei DCA con lo scopo di identificare i casi secondo le categorie previste dall'OMS e valutare il numero di nuovi malati in relazione alla popolazione residente;

individuare i soggetti ad alto rischio per indirizzare con maggiore precisione le politiche di intervento;

valutare l'efficacia degli interventi mediante controlli a distanza di tempo.

3.2.6. Le malattie respiratorie e allergiche

Le malattie polmonari croniche ostruttive hanno un grave impatto sulla qualità della vita, sulla disabilità, sui costi per l'assistenza sanitaria, nonché sull'assenteismo dal lavoro in molti Paesi europei ed anche in Italia, anche se rispetto ad altri Paesi europei, l'Italia mostra un tasso di mortalità al di sotto della media dell'Unione Europea. In Italia, inoltre, il tasso di mortalità per malattie croni-

che respiratorie, quasi interamente attribuibile a bronchite cronica ed enfisema polmonare, mostra una tendenza alla diminuzione, che dovrebbe essere ulteriormente rafforzata attraverso l'intensificazione della prevenzione alle esposizioni ambientali e occupazionali ed il miglioramento dei trattamenti terapeutici.

La presenza di rinite allergica stagionale e perenne è invece in costante aumento da tempo e così pure l'asma allergica. I fattori principali alla base dell'aumento della prevalenza delle malattie allergiche sono l'inquinamento intramurale causato da acari della polvere, pelo di gatto e miceti; il fumo di tabacco; l'inquinamento atmosferico causato da ozono, materiale particolato, NO2 e SO2; le abitudini alimentari; gli stili di vita (sempre più tempo trascorso in ambienti chiusi); le condizioni igieniche nonché l'introduzione di nuove sostanze nei prodotti e nell'ambiente.

Fra le altre malattie allergiche, l'incidenza cumulativa di dermatite atopica prima dei 7 anni di età è aumentata in modo esponenziale e si stima che essa sia pari all'1% circa nella popolazione generale. Molto diffusa è anche la dermatite allergica da contatto che si stima interessi circa l'1% della popolazione; il nickel è considerato il principale responsabile della sensibilizzazione da contatto.

La diffusione dell'asma bronchiale è un problema di sanità pubblica rilevante (l'asma è malattia sociale riconosciuta dal 1999), perché è la malattia cronica più frequente tra i bambini, per i quali rappresenta anche una causa importante di mortalità, nonostante i miglioramenti terapeutici.

L'asma richiede un approccio multidisciplinare, che comprende la diagnosi accurata, l'educazione dei pazienti, modifiche del comportamento, l'individuazione e la rimozione delle condizioni scatenanti l'attacco di asma, una appropriata terapia, e frequenti controlli medici.

Si rende necessario migliorare, tramite sistemi di sorveglianza mirati, la conoscenza della epidemiologia dell'asma e delle patologie allergiche e del ruolo etiologico di fattori genetici, personali ed ambientali, nonché dell'efficacia dei metodi per la riduzione dell'esposizione agli allergeni nell'ambiente e negli alimenti e la valutazione dell'impatto di tali metodi sulla salute. È necessario inoltre promuovere campagne di educazione e formazione per il personale sanitario, per i pazienti e le loro famiglie.

3.2.7. Le malattie reumatiche ed osteoarticolari

Le malattie reumatiche comprendono un variegato numero di patologie, caratterizzate da una progressiva compromissione della qualità della vita delle persone affette per la perdita di autonomia, per i disturbi ed i disagi lamentati ed a causa della mancanza di significative aspettative di miglioramento o guarigione.

Tali patologie rappresentano la più frequente causa di assenze lavorative e la causa del 27% circa delle pensioni di invalidità attualmente erogate in Italia. Il numero delle persone affette è stimato in circa 6 milioni, pari al 10% della popolazione generale.

La caratteristica cronicità di queste malattie, la mancanza di terapie che portino a favorevoli risoluzioni dei quadri clinici per alcune forme gravi, la disabilità provocata, con progressiva diminuzione della funzionalità, specie a carico degli arti e dell'apparato locomotorio e la conseguente diminuzione della capacità lavorativa e del grado di autonomia delle persone affette, nonché l'elevato numero degli individui colpiti, rappresentano ad oggi i maggiori punti di criticità.

Le azioni prioritarie riguardano l'estensione della diagnosi precoce della malattia ed il miglioramento della prestazione di fisioterapia e riabilitazione. È, inoltre, necessario ridurre l'impatto dei fattori di rischio associati a queste patologie e sviluppare nuovi medicinali per il trattamento. Anche l'efficace prevenzione dell'osteoporosi rappresenta un obiettivo prioritario.

L'osteoporosi è una patologia del metabolismo osseo di prevalenza e incidenza in costante incremento che rappresenta un rilevante problema sanitario. La malattia coinvolge un terzo delle donne tra i 60 e i 70 anni e due terzi delle donne dopo gli 80 anni, e si stima che il rischio di avere una frattura da osteoporosi sia nella vita della donna del 40% contro un 15% nell'uomo. Particolarmente temibile è la frattura femorale per l'elevata mortalità (dal 15 al 30%) e per le invalidanti complicanze croniche ad essa associate. I più noti e importanti fattori di rischio per l'osteoporosi sono la presenza di fratture patologiche nel gentilizio, la presenza anamnestica di fratture da traumi di lieve entità, la menopausa precoce per le donne, l'amenorrea prolungata, il fumo, l'abuso di alcolici, la magrezza, l'uso di corticosteroidi, il malassorbimento intestinale, alcune patologie endocrine. Nessuna terapia consente di recuperare la massa ossea persa, ma solo di bloccarne la progressione riducendo il rischio di fratture. Fondamentale quindi è la prevenzione, con misure volte a migliorare lo stile di vita alimentare e fisico nei soggetti giovani e anziani.

3.2.8. Le malattie rare

Le malattie rare costituiscono un complesso di oltre 5000 patologie, spesso fatali o croniche invalidanti, che rappresentano il 10% delle patologie che affliggono l'umanità. Malattie considerate rare nei Paesi occidentali sono, a volte, molto diffuse nei Paesi in via di sviluppo. Nel programma di azione per la lotta alle malattie rare, la Commissione Europea ha definito rare quelle patologie la cui incidenza non è superiore a 5 su 10.000 abitanti. L'80% delle malattie rare, circa 4000, è di origine genetica, mentre il restante 20% sono acquisite, ma non per questo meno gravi e invalidanti.

Per la loro rarità, queste malattie sono difficili da diagnosticare e, spesso, sono pochi i Centri specializzati nella diagnosi e nella cura; per molte di esse, inoltre, non esistono ancora terapie efficaci. La scarsa incidenza delle patologie rare e la frammentazione dei pazienti affetti da tali patologie in diversi Centri sono un ostacolo alle innovazioni terapeutiche possibili attraverso studi clinici controllati. Inoltre, le industrie farmaceutiche, a causa del mercato limitato, hanno scarso interesse a sviluppare la ricerca e la produzione dei cosiddetti farmaci orfani, potenzialmente utili per tali patologie.

Le malattie rare, essendo croniche e invalidanti, rappresentano un importante problema sociale. La loro scarsa conoscenza comporta, per coloro che ne sono affetti e per i loro familiari, notevoli difficoltà nell'individuare i Centri specializzati nella diagnosi e nella cura, e, quindi, accedere a eventuali trattamenti, peraltro scarsamente disponibili.

Ciò rende indispensabile un intervento pubblico coordinato al fine di ottimizzare le risorse disponibili.

A livello della Unione Europea le malattie rare sono state oggetto di attenzione con l'approvazione della Decisione N. 1295/1999/CE del 29 aprile 1999 il cui programma d'azione prevede:

il miglioramento delle conoscenze sulle malattie rare, incentivando la creazione di una rete europea d'informazione per i pazienti e le loro famiglie;

la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, al fine di migliorare la diagnosi precoce;

il rafforzamento della collaborazione internazionale tra le organizzazioni di volontariato e professionali impegnati nell'assistenza;

il sostegno del monitoraggio delle malattie rare negli Stati membri.

Rispetto a tali problematiche, il Decreto Ministeriale 18 maggio 2001, n. 279, emanato in attuazione dell'art. 5, comma 1, lettera *b)* del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, prevede:

l'istituzione di una rete nazionale dedicata alle malattie rare, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, promuovere l'informazione e la formazione, ridurre l'onere che grava sui malati e sulle famiglie. La rete è costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni per erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche;

l'ottimizzazione del Registro delle Malattie Rare, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, per poter avere a livello nazionale dati sulla prevalenza, incidenza e fattori di rischio delle diverse malattie rare;

la definizione di 47 gruppi di malattie comprendenti 284 patologie (congenite e acquisite) ai fini dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie correlate;

la promozione di protocolli diagnostici e terapeutici comuni, lo sviluppo delle attività di ricerca tese al miglioramento delle conoscenze e la realizzazione di programmi di prevenzione.

Infine l'accordo Stato-Regioni siglato in data 11 luglio 2002 promuove l'istituzione di un gruppo tecnico interregionale permanente cui partecipano il Ministero della salute e l'Istituto Superiore di Sanità per il coordinamento ed il monitoraggio delle attività assistenziali per le malattie rare, al fine di ottimizzare il funzionamento delle reti regionali e salvaguardare il principio di equità dell'assistenza per tutti i cittadini.

3.2.9. Le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione

Ottimi risultati si sono registrati recentemente in Italia in termini di controllo di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni. La difterite è stata eliminata e il nostro Paese ha da poco ricevuto la certificazione ufficiale di eradicazione della poliomielite. Il tetano colpisce quasi esclusivamente persone anziane non vaccinate. L'epatite B è in continuo declino, in modo particolare nelle classi di età più giovani, interessate fin dal 1991 dalla vaccinazione universale.

Non mancano, tuttavia, in Italia numerose malattie per le quali è necessario un controllo più efficace attraverso le vaccinazioni. La vaccinazione contro il morbillo (incidenza nel 1999 pari a 5,05 casi su 100.000) è raccomandata, ma il livello stimato di copertura di immunizzazione è ancora il più basso tra i Paesi dell'Europa occidentale (56% nel 1998), con profonde differenze tra aree diverse del Paese. La rosolia è ancora frequente (incidenza di 5,76 per 100.000 nel 1998) e nel 1999 sono stati denunciati in Italia più di 40.400 casi di parotite (tasso di incidenza: 70,2 per 100.000), nonostante l'esistenza del vaccino combinato per parotite, morbillo e rosolia (vaccino MMR), il cui uso è però volontario, sebbene raccomandato.

L'incidenza della pertosse è ancora elevata (circa 7 per 100.000 abitanti nel 1999, anno in cui sono stati notificati 3.797 casi); la vaccinazione è volontaria ma il livello stimato di copertura vaccinale è stato piuttosto alto nel 1998 (87,9%, con un intervallo tra 70,5% e 97,6%) nei bambini di 24 mesi di età.

Per quanto l'incidenza di epatite B stia lentamente diminuendo in Italia (nel 1999 essa è stata del 2,74 per 100.000), il livello permane ancora fra i più elevati dell'Europa occidentale; la vaccinazione contro l'epatite B è obbligatoria in Italia per i bambini fin dal 1991 e la stima della copertura, osservata nel 1998, è stata a livello nazionale del 90%, con solo tre Regioni con copertura inferiore al 90%.

La vaccinazione contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B può anche prevenire forme invasive della malattia quali meningiti e polmoniti. La vaccinazione in Italia è volontaria ed il livello di copertura vaccinale è molto basso e non uniformemente distribuito nelle diverse Regioni.

L'influenza rappresenta ancora, in Italia, un'importante causa di morte per patologia infettiva, e nel corso di epidemie estese il tasso d'attacco dell'infezione può variare dal 5% al 30%, con conseguenti importanti ripercussioni negative sull'attività lavorativa e sulla funzionalità dei servizi di pubblica utilità, in primo luogo di quelli sanitari. La copertura vaccinale negli anziani di età pari o superiore a 64 anni non ha superato nel periodo 1999-2000 il 41% circa a livello nazionale.

La recente disponibilità di efficaci vaccini contro la varicella e contro le infezioni invasive da pneumococco, consente l'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale orientate alla riduzione dell'incidenza di queste importanti patologie.

Occorre procedere con decisione nella direzione della attuazione degli obiettivi adottati dall'OMS per questo gruppo di malattie:

entro il 2007 il morbillo dovrebbe essere eliminato ed entro il 2010 tale eliminazione deve essere certificata in ogni Paese;

entro l'anno 2010 tutti i Paesi dovrebbero avere un'incidenza inferiore ad 1 per 100.000 abitanti per parotite, pertosse e malattie invasive causate da Haemophilus influenzae di tipo B.

Essendo disponibili per queste malattie vaccini efficaci, questi risultati possono essere conseguiti attraverso una serie di iniziative che consentano il raggiungimento di appropriate coperture vaccinali. In tale quadro è anche importante:

individuare ed effettuare indagini rapide riguardanti gli eventi epidemici;

sorvegliare la frequenza di eventi avversi associabili a vaccinazione;

sorvegliare le infezioni nosocomiali e quelle a trasmissione iatrogena;

controllare le patologie infettive acquisite in occasioni di viaggi;

diffondere le informazioni sulla frequenza e prevenzione delle malattie infettive;

partecipare efficacemente al sistema di sorveglianza epidemiologico per il controllo delle malattie infettive dell'Unione Europea;

combattere il crescente problema della resistenza acquisita alla maggior parte degli antibiotici disponibili da parte di microrganismi patogeni, soprattutto batteri, con gravi implicazioni sul trattamento delle malattie infettive. Apposite Linee Guida sono state adottate dal Consiglio dell'Unione Europea nel 2000 e 2001 sull'uso prudente degli antibiotici nella medicina umana e in altri settori per minimizzare gli inconvenienti derivanti da questa situazione.

Appare nel prossimo futuro la possibilità di realizzare diversi nuovi vaccini tra i quali due in particolare di grande rilevanza:

1) vaccini anti-HIV. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha recentemente sviluppato e brevettato un nuovo vaccino sia di tipo preventivo che terapeutico. Tale vaccino basato sull'uso della proteina regolatoria TAT o del suo DNA ha dato lusinghieri risultati di protezione nelle scimmie. In base a questi risultati l'ISS insieme ad altri Centri clinici nazionali inizierà in primavera i trials clinici di fase I. Un secondo vaccino basato sull'uso di componenti strutturali (Env, Gag) del virus è stato sviluppato e brevettato dalla Chiron con risultati anche essi promettenti, la cui sperimentazione clinica di fase I inizierà entro l'anno. Recentemente l'ISS e la Chiron hanno realizzato un accordo per lo sviluppo di un vaccino combinato, che contenendo le tre componenti (TAT, Env, Gag) è destinato potenzialmente ad avere una maggiore efficacia rispetto ai singoli componenti;

2) vaccino anti-HPV. Si tratta di un vaccino terapeutico contro il carcinoma della cervice uterina brevettato negli Stati Uniti che inizia prossimamente il suo cammino sperimentale nella donna. Anche per questo vaccino l'Istituto Superiore di Sanità sta realizzando rapporti di partenariato con i produttori.

3.2.10. La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale

In Italia, il numero cumulativo di casi di AIDS segnalati dall'inizio dell'epidemia ha raggiunto quota 50.000, ma a partire da metà del 1996 si è osservato un decremento nel numero di nuovi casi, dovuto in parte all'effetto delle terapie anti-retrovirali ed in misura minore agli effetti della prevenzione. I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, attivi in alcune Regioni italiane, suggeriscono che l'incidenza di nuove infezioni si è stabilizzata negli ultimi anni e a differenza di quanto accadeva tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 non tende più alla diminuzione.

Le altre malattie a trasmissione sessuale più frequentemente diagnosticate in Italia sono i condilomi acuminati, le infezioni genitali non specifiche (uretriti batteriche non gonococciche né causate da Clamidia), la sifilide latente e l'Herpes genitale. Altre classiche malattie veneree, come gonorrea e sifilide primaria o secondaria, sono rispettivamente al settimo e nono posto per frequenza.

Secondo l'obiettivo definito dall'OMS nel 1999, ciascuno Stato dovrebbe attuare, entro l'anno 2015, una riduzione dell'incidenza della mortalità e delle conseguenze negative dell'infezione da HIV e delle altre malattie a trasmissione sessuale.

A tal fine, le azioni prioritarie da attuare sono:

il miglioramento della sorveglianza e del monitoraggio dell'infezione da HIV;

il contrasto della trasmissione dell'HIV e degli altri agenti infettivi;

il miglioramento della qualità della vita delle persone infette da HIV;

la riduzione di comportamenti sessuali a rischio e la promozione di campagne di promozione della salute specialmente nella popolazione giovanile;

lo sviluppo del vaccino con interventi a favore della ricerca che prevedano il co-finanziamento pubblico-privato;

il reinserimento sociale dei pazienti con infezione da HIV.

L'inserimento sociale delle persone affette da AIDS trattate precocemente e la cui attesa di vita è molto prolungata, è un problema che dovremo affrontare con maggior energia nel prossimo futuro.

Queste persone infatti costruiscono ora un progetto di vita, in quanto la loro sopravvivenza viene assicurata dai farmaci per molti anni. Il progetto di vita comprende il completo reinserimento nel mondo del lavoro e della società in genere. Per queste persone è quindi necessario sviluppare programmi di accompagnamento su questo percorso con adeguati sostegni e misure utili allo scopo.

3.3. Ridurre gli incidenti e le invalidità

Le cause esterne di morte e disabilità, che includono gli incidenti nell'ambiente sociale e sul lavoro, i disastri naturali e quelli provocati dall'uomo, gli avvelenamenti, gli incidenti durante le cure mediche e la violenza, costituiscono, particolarmente nell'età adulta, un'importante causa di morte.

I dati relativi agli incidenti stradali, indicano un incremento a partire dalla fine degli anni '80, soprattutto nel Nord dell'Italia, con un quadro che comporta circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso ogni anno, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti. Il fenomeno costituisce ancora la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidità (più della metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi).

Gli incidenti stradali sono pertanto un'emergenza sanitaria che va affrontata in modo radicale al fine di rovesciare l'attuale tendenza e pervenire, secondo l'obiettivo fissato dall'OMS per l'anno 2020, ad una riduzione almeno del 50% della mortalità e disabilità. Gli interventi principali di prevenzione riguardano:

la utilizzazione del casco da parte degli utenti di veicoli a motore a due ruote;

gli standard di sicurezza dei veicoli;

l'uso corretto dei dispositivi di sicurezza (cinture e seggiolini);

le migliori condizioni di viabilità (segnaletica stradale, illuminazione, condizioni di percorribilità) nelle zone ad alto rischio di incidenti stradali;

la promozione della guida sicura mediante campagne mirate al rispetto dei limiti di velocità e della segnaletica stradale nonché alla riduzione della guida sotto l'influsso dell'alcool;

il potenziamento del trasporto pubblico.

Anche il fenomeno degli incidenti domestici e del tempo libero mostra un andamento in continua crescita, con un numero di casi di circa 4.000.000 per anno, che coinvolgono soprattutto ultrasessantacinquenni e donne. Si stima che circa la metà di questi incidenti avvenga in casa o nelle pertinenze (incidenti domestici). Gli incidenti domestici rappresentano dunque un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili e particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto istituzionalizzati. Per quanto riguarda l'obiettivo di ridurre in modo significativo la mortalità e la disabilità da incidenti domestici, gli aspetti prioritari sono quelli connessi all'informazione e comunicazione nonché alla:

incentivazione delle misure di sicurezza domestica strutturale ed impiantistica e dei requisiti di sicurezza dei complementi di arredo;

predisposizione di programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;

costruzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuazione di criteri di misura degli infortuni domestici.

Per gli incidenti negli ambienti esterni, durante il tempo libero, gli uomini sono più a rischio delle donne, anche per il maggiore consumo di alcool. Le piscine, i laghi ed altri bacini d'acqua dolce contribuiscono in modo significativo alle statistiche sugli annegamenti, specialmente nei bambini, con 500-600 morti all'anno.

3.4. Sviluppare la riabilitazione

La domanda di riabilitazione negli ultimi anni ha registrato un incremento in parte imputabile all'aumento dei gravi traumatismi accidentali e ai progressi della medicina che consentono la sopravvivenza a pazienti un tempo destinati all'exitus. In questo contesto particolare rilevanza assumono le lesioni del midollo spinale e i gravi traumi cranioencefalici per le conseguenze altamente invalidanti che possono comportare. Dati recenti indicano l'incidenza delle mielolesioni pari a circa 1500 nuovi casi l'anno, di cui il 67% imputabile ad eventi traumatici. L'incidenza dei gravi traumatismi cranioencefalici, è di circa 4.500 nuovi casi l'anno su tutto il territorio nazionale. Di questi la mortalità in fase acuta incide per il 34%, il 40% dei pazienti presenta esiti invalidanti modesti, il 25% è affetto da danni o complicanze di gravità tale da richiedere il ricovero in strutture di terapia intensiva e neuroriabilitazione e l'1% (45 casi per anno) permane in stato vegetativo dopo 12 mesi dall'evento.

La riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato deve essere garantita con tempestività già durante le fasi di ricovero nelle strutture di emergenza. Non appena cessino le condizioni che richiedono un ricovero nell'area della terapia intensiva, deve essere garantita l'immediata presa in carico del paziente da parte delle Unità Operative di alta specialità riabilitativa per assicurare la continuità del processo terapeutico assistenziale.

Quale che sia la natura dell'evento lesivo che causa la necessità di interventi di riabilitazione, gli obiettivi da perseguire sono la garanzia dell'unitarietà dell'intervento mediante un approccio multidisciplinare e la predisposizione ed attuazione di un progetto riabilitativo personalizzato, al fine di consentire al paziente il livello massimo di autonomia fisica, psichica e sensoriale. Ciò implica l'attivazione di un percorso in cui si articolano competenze professionali diverse, funzionamento in rete dei servizi e strutture a diversi livelli e con diverse modalità di offerta (ospedaliera, extrospedaliera, residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e di integrazione tra aspetti sanitari e sociali.

3.5. Migliorare la medicina trasfusionale

Le attività di medicina trasfusionale sono parte integrante dei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e si fondano sulla donazione volontaria, e non remunerata, del sangue e dei suoi componenti.

Considerando che gli attuali sistemi di coordinamento a livello regionale e nazionale sono riusciti solo in parte a raggiungere gli obiettivi previsti dai precedenti Piani Sanitari e dai Piani Sangue, si pone l'urgenza di riformare la legge 4 maggio 1990, n. 107, anche alla luce dei cambiamenti conseguenti all'organizzazione federalista dello Stato. La nuova legge dovrà razionalizzare il sistema a livello regionale, indicando i rispettivi ruoli del Ministero della Salute, delle Regioni, dei Centri Regionali di Coordinamento e Compensazione e del Centro Nazionale Trasfusione Sangue da istituirsi presso l'Istituto Superiore di Sanità.

L'introduzione di nuovi test sierologici ed in particolare delle tecniche di biologia molecolare ha ridotto il rischio di trasmissione dei virus dell'epatite o dell'AIDS mediante la trasfusione del sangue e dei suoi prodotti a livelli molto bassi, inferiori al rischio di infezione associato ad altre manovre invasive ospedaliere. Malgrado questo notevole incremento della sicurezza della trasfusione, per realizzare il quale sono necessarie ingenti risorse economiche, molto resta ancora da fare per assicurare l'appropriatezza della richiesta e della trasfusione. Per diffondere la cultura del buon uso del sangue sono state emanate Linee Guida ed istituiti in tutto il Paese Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue, ma il risultato è stato molto modesto: tra le cause di questo insuccesso vi è da un lato la scarsa attenzione dei clinici per le problematiche della donazione e trasfusione di sangue, dall'altro l'inquadramento del servizio trasfusionale in un'area quasi esclusivamente di laboratorio. Gli obiettivi primari dell'autosufficienza regionale e nazionale, i più elevati livelli di sicurezza uniformi su tutto il territorio nazionale e la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza trasfusionale possono essere ottenuti attraverso un nuovo modello di sistema trasfusionale, con criteri di funzionamento e di finanziamento definiti sulla base:

delle attività di produzione, comprendenti la selezione ed i controlli periodici del donatore, la raccolta, la lavorazione, la validazione, la conservazione ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti, comprese le cellule staminali da sangue periferico e placentare (sangue da cordone ombelicale), nonché la raccolta di plasma da destinare alla preparazione degli emoderivati;

attività di servizio, quali l'assegnazione e la distribuzione del sangue e dei suoi prodotti, anche per l'urgenza.

Con l'intervento insostituibile delle Associazioni di Donatori Volontari di Sangue, e delle relative Federazioni, va incrementato in tutto il territorio nazionale il numero dei donatori volontari periodici e non remunerati per eliminare le carenze di sangue ancora esistenti in alcune Regioni.

Per i prossimi anni occorre perseguire i seguenti obiettivi:

raggiungere l'autosufficienza regionale e nazionale del sangue e dei suoi prodotti;

conseguire più elevati livelli di sicurezza nell'ambito di tutto il processo finalizzato alla trasfusione;

assicurare al sistema trasfusionale un sistema di garanzia di qualità e sviluppare l'emovigilanza, articolata a livello locale, regionale e nazionale;

stipulare fra le Regioni e le Aziende ubicate sul territorio dell'Unione Europea convenzioni per la produzione di emoderivati (specialità medicinali) nel rispetto delle norme per le gare ad evidenza pubblica.

3.6. Promuovere i trapianti di organo

Per quanto riguarda i trapianti di organo, è noto che i vantaggi prevalgono sulle complicanze (rigetto, infezioni e loro conseguenze) con una sopravvivenza a cinque anni compresa tra il 70% e l'80%, secondo l'organo trapiantato. È, comunque, necessario continuare a perseguire il reperimento degli organi in tutte le Regioni. Nel nostro Paese, tuttavia, i livelli di attività sono disomogenei tra le diverse Regioni, sia in termini di donazioni sia in termini di trapianti, e ciò non contribuisce certamente a garantire quella parità di accesso alle cure cui i pazienti hanno diritto.

Nel corso dell'ultimo triennio l'incremento complessivo del numero di donazioni e della qualità dei trapianti in Italia ha portato il nostro Paese al livello delle principali Nazioni europee, e il numero dei donatori di organo è aumentato del 42,3%, con un incremento complessivo del 27,4% del numero dei trapianti.

Sono obiettivi strategici in questo campo:

promuovere la valutazione di qualità dell'attività di trapianto di organi, tessuti e cellule staminali;

favorire la migliore utilizzazione degli organi disponibili, attraverso la diffusione di tecniche avanzate, addestrando gli operatori e favorendo lo svolgimento di queste attività in Centri di Eccellenza;

predisporre un Piano nazionale per prelievo, conservazione, distribuzione e certificazione dei tessuti;

verificare la possibilità che nei casi opportuni vengano utilizzati organi anche da donatore vivente, dopo una attenta valutazione dell'applicazione della normativa in vigore e delle Linee Guida, formulate dal Centro Nazionale Trapianti. Va comunque ricordato che la donazione da vivente non è scevra da pericoli sanitari e sociali ed è quindi da considerarsi residuale rispetto alla donazione da cadavere che deve restare l'obiettivo principale del Servizio Sanitario Nazionale;

attivare algoritmi oggettivi e trasparenti per l'assegnazione degli organi da trapiantare e per il monitoraggio dei pazienti trapiantati, uniforme su tutto il territorio nazionale;

prevedere che il flusso informativo dei dati relativi ai trapianti di cellule staminali emopoietiche sia integrato nell'ambito del Sistema Informativo Trapianti, anche attraverso la collaborazione con il Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo (GITMO) e l'organizzazione GRACE (Gruppo di Raccolta e Amplificazione delle Cellule Staminali Emopoietiche) che riunisce le banche di cellule staminali placentari;

definire la Carta dei Servizi dei Centri di trapianto, prevedendo aggiornamenti continui;

estendere lo sviluppo del Sistema Informativo Trapianti;

incrementare l'informazione ai cittadini circa le attività quali-quantitative dei Centri di trapianto.

Per il prossimo futuro, inoltre, occorre procedere a:

ridurre il divario fra le Regioni in termini di attività di reperimento donatori per raggiungere il numero delle 30 donazioni per milione di abitanti;

predisporre, per i familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento di morte, un supporto psicologico e di aiuto;

attuare il finanziamento per funzione, come individuato nell'articolo 8-*sexies* del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, superando il finanziamento per DRG;

sorvegliare il rispetto delle Linee Guida per i trapianti da donatore vivente attivando in particolare l'organismo di parte terza ivi previsto per informare correttamente le parti in causa sui vantaggi e svantaggi delle procedure;

monitorare l'attività delle singole Regioni circa i prelievi di tessuti umani e la loro utilizzazione, l'attivazione di banche dei tessuti regionali o interregionali, il loro accreditamento e la loro funzionalità;

inserire anche i trapianti di cellule staminali emopoietiche tra i trapianti d'organo e da tessuti, raccogliendo i dati presso il Centro Nazionale Trapianti, e collegando quest'ultimo con il registro dei donatori viventi di midollo osseo istituito presso l'Ospedale Galliera di Genova;

favorire lo sviluppo di attività di ricerca connesse alle attività di trapianto;

supportare l'attivazione di procedure informatiche standardizzate, soprattutto per la gestione delle liste di attesa;

promuovere adeguate campagne di informazione rivolte ai cittadini, con il concorso delle Associazioni dei pazienti e dei volontari;

realizzare la selezione dei riceventi il trapianto con algoritmi condivisi e procedure informatizzate, documentando ogni passaggio del processo decisionale ai fini di un controllo superiore;

valutare e rendere pubblici i risultati delle attività di prelievo e trapianto di organi;

rendere sempre più oggettivi e trasparenti i criteri di ammissione del paziente al trapianto.

4. L'ambiente e la salute

Sono in molti casi ben accertate le interazioni fra i fattori di rischio ambientali e la salute, anche se la ricerca delle possibili soluzioni resta talvolta problematica particolarmente per le complesse implicazioni socio-economiche sottostanti. In questo settore importanti benefici sono prevedibili attraverso l'efficace collaborazione fra i settori che, a livello nazionale e territoriale, sono responsabili per la salute o per l'ambiente.

4.1. I cambiamenti climatici e le radiazioni ultraviolette

La difesa dalle eccessive radiazioni UV e dalle variazioni nelle condizioni climatiche che possano colpire particolari gruppi vulnerabili, rende prioritaria l'attuazione di programmi di informazione ed educazione sanitaria.

Inoltre, vi è la forte necessità di ulteriori ricerche per valutare meglio:

l'effetto del riscaldamento globale sui trends stagionali delle maggiori cause di malattia e mortalità;

l'effetto del riscaldamento globale sulla variabilità climatica e valutazione delle capacità di adattamento specialmente tra le fasce di popolazione particolarmente vulnerabile come gli anziani;

l'effetto del riscaldamento globale sulle patologie trasmesse da virus e batteri e stima degli andamenti dell'incidenza di queste malattie;

l'impatto potenziale della radiazione UV-B in relazione alla deplezione dell'ozono in termini di aumento dell'incidenza dei casi di cataratta, delle affezioni cutanee e del cancro della pelle;

il rischio di riduzione di risposta immunitaria ai vaccini ed alle malattie infettive a causa dell'aumento della radiazione UV-B.

Per quanto riguarda gli aspetti connessi all'«effetto-serra» e alla deplezione dell'ozono stratosferico, è indispensabile, da una parte, continuare la politica di collaborazione internazionale dell'Italia a sostegno degli sforzi congiunti per rimuovere le cause di queste modificazioni climatiche, e dall'altra, operare a livello territoriale per il conseguimento degli obiettivi di abbattimento delle emissioni nocive concordati a livello internazionale.

4.2. L'inquinamento atmosferico

L'inquinamento atmosferico derivante dal traffico veicolare, impianti di riscaldamento e sistemi di produzione industriale, è un noto fattore di rischio per la salute (vedi tabella 1, pag. 99 e 100 - tratta dal Prof. Antonio Ballarin Denti «Aggiornamenti Sociali» n. 3, 2002, pag. 209-220).

Secondo una serie di studi e valutazioni condotte dalle agenzie ambientali europee e nazionale, il trasporto su strada contribuisce mediamente in Europa al 51% delle emissioni degli ossidi di azoto, al 34% di quelle composti organici volatili e al 65% di quelle del monossido di carbonio.

I due principali inquinanti secondari, le polveri fini e l'ozono, che sono prodotti, attraverso una serie complessa di reazioni chimiche, dai tre inquinanti prima citati, sono pertanto imputabili, anch'essi in misura preponderante, al traffico su strada.

Le emissioni prodotte dagli autoveicoli (al di là del loro contributo complessivo) sono inoltre fortemente dipendenti dal tipo di motore. A parità di condizioni di manutenzione, un motore diesel tradizionale (come quello di gran parte dei veicoli commerciali) può emettere una quantità di polveri fini anche dieci volte superiore a quelle emesse da un diesel «ecologico»; e questo è a sua volta molto più inquinante di un motore a benzina. Un veicolo non catalizzato emette fino a dieci volte più di un'auto con marmitta catalitica. Un motore a due tempi (come quello dei ciclomotori) emette molto più di un analogo motore a quattro tempi: pertanto un motorino medio può inquinare più di un'auto di grossa cilindrata di recente omologazione. Anche tra le automobili catalizzate ci sono forti differenze (a prescindere da quelle determinate da una cattiva carburazione del motore) dovute alle diverse classi di omologazione dei motori in funzione delle loro emissioni che l'Unione Europea sta imponendo da qualche anno alle industrie automobilistiche. Ad esempio un veicolo classificato EURO 3 (del tipo cioè oggi in commercio) emette fino a quattro volte di meno di un veicolo, pur catalizzato, del tipo EURO 1 (cioè prodotto e venduto più di sei anni fa).

Asserire quindi che globalmente il comparto del trasporto su strada contribuisce in misura maggioritaria all'inquinamento è affermazione vera, ma, come tale, troppo generica per farne scaturire adeguate politiche di intervento, a meno che si entri nel merito delle singole tipologie di motore e sulle loro condizioni di esercizio.

Il peso del traffico non deve comunque far dimenticare che un contributo all'inquinamento atmosferico urbano, minore in valore percentuale ma pur sempre alto in valore assoluto, deriva dagli impianti di riscaldamento; questo comparto, ora che l'industria pesante ha praticamente abbandonato l'ambiente urbano, resta, insieme al traffico, di fatto l'unica sorgente di inquinamento. In questo settore il diffondersi degli oli combustibili leggeri e soprattutto del metano (che, a parte gli ossidi di azoto, non emette praticamente altri inquinanti) e il rafforzamento delle politiche di controllo sugli impianti in esercizio da parte delle Autorità istituzionali (Province e Comuni) hanno portato a marcati miglioramenti, anche se molto ancora potrebbe e dovrebbe essere fatto (è oggi realisticamente immaginabile, grazie ad una ulteriore estensione dell'impiego del metano e a politiche di obblighi di manutenzione, un dimezzamento delle emissioni da impianti di riscaldamento entro un periodo di 3-5 anni).

Il particolato atmosferico, indicato con il termine di particolato totale sospeso (PTS), è un inquinante la cui origine è molto diversificata derivando dall'erosione del suolo e degli edifici, dall'attività umana (agricoltura, edilizia, industrie), dai processi di combustione (impianti di riscaldamento e traffico autoveicolare) e da reazioni chimiche di processi gassosi. Nelle aree urbane l'aereosol atmosferico è costituito dal 30% circa di particelle naturali e dal 60% di particelle derivanti dalla combustione delle quali più del 50% attribuibili al traffico. La composizione del particolato è estremamente variabile in base all'origine delle particelle (piombo, nichel, zinco, rame, cadmio, fibre di amianto, solfati, nitrati, idrocarburi policiclici pesanti, polvere di carbone e cemento). La frazione di polveri considerata più pericolosa per l'uomo è quella in grado di superare le barriere delle vie aeree superiori ovvero i PM10 e i PM2,5, particelle di polvere con diametro inferiore a 10 e a 2,5 micron rispettivamente. È stato dimostrato da vari studi che il particolato PM10 origina soprattutto dalla combustione, permane nell'aria qualche giorno e la sua concentrazione viene abbattuta solo per dilavamento da parte della pioggia. Questo inquinante reagisce chimicamente nell'atmosfera con altre sostanze.

I danni addebitabili alle particelle inalate sono dovuti al fatto che tali particelle, raggiungendo gli alveoli polmonari, rilasciano sostanze tossiche e possono ostruire gli alveoli stessi. Ne consegue un effetto irritante per le vie respiratorie e la possibilità di indurre alterazioni nel sistema immunitario, favorendo il manifestarsi di malattie croniche, quali maggior sensibilità agli agenti allergizzanti. L'effetto irritante è strettamente dipendente dalla composizione chimica del particolato. È anche ormai accertato il diretto rapporto tra elevata concentrazione di particolato e tasso di mortalità per complicanze polmonari che si verificano nei giorni successivi ad elevate concentrazioni: sono soprattutto gli anziani, i bambini e le persone con malattie croniche dell'apparato respiratorio ad essere maggiormente colpite. Inoltre, alcuni studi epidemiologici hanno dimostrato che elevate concentrazioni di PM10 non solo determinano anticipi sulla mortalità (ovvero decessi in soggetti compromessi che sarebbero comunque avvenuti a breve) ma causano in soggetti sani patologie polmonari che possono cronicizzare e portare a morte i soggetti stessi. L'aumento della morbilità inoltre porta ad un incremento della spesa sanitaria (maggiore numero di visite mediche, di ricoveri ospedalieri, di assenze dal lavoro per malattia).

Recenti studi epidemiologici indicano che l'inquinamento atmosferico nell'ambiente esterno delle 8 maggiori città italiane ha un impatto sanitario rilevante in termini di mortalità, ricoveri ospedalieri per cause cardiovascolari e respiratorie e prevalenza di malattie respiratorie (WHO-ECEH, 2000). I dati raccolti su numerosi inquinanti (monossido di carbonio, biossido di azoto, biossido di zolfo,

ozono, benzene e polveri sospese) sono stati impiegati per misurare il trend dell'inquinamento negli anni, mentre per la stima dell'impatto sulla salute l'OMS si è avvalsa delle concentrazioni di PM10. Le concentrazioni medie di PM10 misurate nelle città oggetto di studio sono superiori all'attuale obiettivo di qualità dell'aria, che è pari a $40\mu g/m^3$, valore attualmente in corso di revisione in diminuzione. Lo studio ha preso in considerazione la mortalità a lungo termine ed altri effetti a medio e breve termine osservati nel corso di un anno (come i ricoveri ospedalieri, i casi di bronchite acuta e gli attacchi d'asma nei bambini) ed è stato stimato il carico di malattia potenzialmente prevenibile qualora si riuscisse ad abbattere le concentrazioni medie di PM10 a $30\mu g/m^3$. È stato stimato che riducendo il PM10 ad una media di $30\mu g/m^3$ si potrebbero prevenire circa 3.500 morti all'anno nelle 8 città studiate. Inoltre, riducendo le concentrazioni medie di PM10 a $30\mu g/m^3$, migliaia di ricoveri per cause respiratorie e cardiovascolari, e decine di migliaia di casi di bronchite acuta e asma fra i bambini al di sotto dei quindici anni, potrebbero essere evitati. In aggiunta all'onere legato al ricovero e cura dei casi di malattia legati all'inquinamento, il numero stimato di giorni di attività compromessa a causa di disturbi respiratori (per persone di età superiore ai venti anni) è di oltre 2,7 milioni, cioè il 14,3% del totale.

Anche la qualità dell'aria negli ambienti confinati ha ripercussioni per la salute, in particolare nei bambini, negli anziani e per persone già affette da alcune patologie croniche. Molti materiali da costruzione liberano nell'ambiente il gas radon, sorgente di radiazioni ionizzanti, con una stima di possibile riduzione di 2-3% di casi di tumore polmonare a seguito di bonifica. Un'indagine campionaria nazionale ha stimato un valore medio nelle abitazioni italiane (e scuole) di 70-75 Bq/mc, più alta che negli USA (46 Bq/mc) e in Germania (50 Bq/mc). Valori di 200 e 100 Bq/mc erano raggiunti rispettivamente nel 4% e nell'1% delle abitazioni. Si stima che alle esposizioni a radon in Italia siano attribuibili 1.500-6.000 casi annui di cancro polmonare. Le evidenze di effetti cancerogeni su altri organi bersaglio sono contraddittorie e non consentono alcuna stima.

Oltre a ciò, in Italia sono stimati in:

oltre 200.000 i casi prevalenti di asma bronchiale in bambini e adolescenti, causati da allergeni (acari, muffe, forfore animali) e da esposizione a fumo di tabacco ambientale;

oltre 50.000 i casi incidenti di infezioni acute delle vie aeree (principalmente da fumo di tabacco ambientale);

circa un migliaio gli infarti del miocardio da fumo di tabacco ambientale;

oltre 200 i decessi per intossicazione acuta da CO.

Materiali da arredo e un grande numero di prodotti di consumo liberano sostanze tossiche, come i composti organici volatili, e possono essere causa di fenomeni allergici. Anche il microclima caldo-umido delle abitazioni, favorisce la crescita degli acari e dei funghi nella polvere domestica. Infine, alcuni composti chimici, anch'essi presenti negli ambienti confinati, sono noti o sospettati quali cause di irritazione o stimolazione dell'apparato sensoriale e possono dare vita ad una serie di sintomi comunemente rilevati nella cosiddetta «Sindrome da Edificio Malato» .

Per quanto riguarda gli aspetti essenziali di prevenzione e protezione ambientale nelle aree urbane è prioritario assicurare il rispetto delle vigenti normative in materia di livelli consentiti di inquinanti atmosferici e adoperarsi per abbattere ulteriormente i livelli del PM10 e degli altri inquinanti. Il conseguimento di questo obiettivo richiede una serie complessa di interventi essenzialmente relativi al traffico automobilistico e agli impianti di riscaldamento.

In particolare, è importante:

ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti mobili, utilizzando strumenti legislativi e fiscali, migliorando le caratteristiche tecniche dei motori dei veicoli e la qualità dei carburanti;

ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti fisse, identificando le fonti inquinanti, migliorando i processi tecnici e cambiando i combustibili.

A causa della struttura particolare delle città italiane, questi due tipi di interventi dovrebbero prevedere restrizioni severe e regolamentazione del traffico nelle aree urbane, tenendo in considerazione tutte le tipologie di veicoli esistenti compresi i ciclomotori. Questi ultimi contribuiscono significatamene all'aumento delle concentrazioni di inquinanti pericolosi, come il benzene.

Per quanto riguarda l'inquinamento dell'aria negli ambienti confinati, significativi benefici per la salute sono prevedibili dall'attuazione di programmi di riduzione all'esposizione al radon, basati prioritariamente sull'aumento del numero di edifici pubblici sottoposti a misurazioni e a bonifica.

Il recente accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (27 settembre 2001, n. 252) indica le Linee Guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati, e rappresenta quindi il documento di riferimento per gli obiettivi e gli interventi in questo settore.

TABELLA 1

GLI INQUINANTI DELL'ARIA: ORIGINI, SORGENTI, EFFETTI SULLA SALUTE E SULL'AMBIENTE

Benzene: da un punto di vista tossicologico è classificato come un potente cancerogeno. Viene emesso quasi integralmente dal trasporto su strada, per lo più direttamente (85%) e in parte per evaporazione durante il rifornimento di benzina o dai serbatoi delle automobili.

Biossido di zolfo: noto anche come anidride solforosa, si forma per reazione tra lo zolfo contenuto in alcuni combustibili fossili (carbone, oli minerali pesanti) e l'ossigeno atmosferico. Le fonti di emissione sono soprattutto gli impianti industriali o di riscaldamento. Il composto irrita e, ad alte concentrazioni, danneggia gli epiteli delle vie respiratorie superiori predisponendo ad episodi infettivi acuti e cronici.

Idrocarburi non metanici (composti organici volatili): nascono da processi di combustione incompleta o sono emessi da molti prodotti chimici (ad esempio solventi e vernici). I contributi principali vengono dal traffico veicolare e dalle industrie. Alcune classi di composti hanno marcati effetti cancerogeni (ad esempio gli idrocarburi policiclici aromatici).

Monossido di carbonio: si forma per combustione incompleta dei combustibili a base carboniosa (naturali e fossili). Deriva da sorgenti industriali, ma soprattutto dal traffico (marmitte non catalizzate). È un potente agente tossico perché blocca la capacità di trasporto di ossigeno nel sangue. Ad alte concentrazioni provoca dapprima malessere, disorientamento e infine stato di coma e morte.

Ossidi di azoto: sono composti di azoto e ossigeno generati nei processi di combustione ad alta temperatura, per reazione dell'azoto e dell'ossigeno naturalmente presenti in atmosfera. Vengono prodotti dagli impianti di riscaldamento, dai cicli termici industriali, dalle centrali termoelettriche e, in misura oggi considerevole dagli autoveicoli. Provocano disturbi alle vie respiratorie profonde e causa maggiore predisposizione alle infezioni soprattutto nei soggetti affetti da patologie polmonari.

Ozono: si origina per processi fotochimica (dipendenti cioè dalla radiazione solare) partendo da ossidi di azoto e da composto organici volatili (idrocarburi non metanici). È un inquinante secondario cioè non è emesso in quanto tale, ma si forma a partire da altri inquinanti (primari). Essendo un potente ossidante attacca i tessuti delle vie aree, provoca disturbi alla respirazione, aggrava gli episodi di asma. È particolarmente dannoso alla vegetazione, producendo cali di rese in molte colture agricole e defoliazione nelle foreste.

Particolato aerodisperso: conosciuto anche come «polveri totali sospese» (PTS); può avere origini naturali (erosione dei suoli) o antropiche (combustibili legneo-cellulosici o fossili, eccetto il gas naturale). Il particolato entra nelle vie respiratorie spingendosi tanto più verso quelle profonde quanto minore è il diametro delle particelle che lo costituiscono. Ha azione irritante nelle vie respiratorie superiori (faringe), ma nel sistema broncopolmonare può rilasciare composti tossici producendo o aggravando patologie respiratorie o svolgendo anche azione cancerogena.

Piombo: veniva impiegato come additivo delle benzine tradizionali sotto forma di composti metallo-organici (piombo tetraetile) usati come anti detonanti. Il piombo viene rintracciato nel particolato aerodisperso e proviene in prevalenza dalle vecchie benzine «rosse». È un elemento tossico e provoca alterazioni nel sistema nervoso e patologie neurologiche.

PM10: Le cosiddette «polveri fini» sono costituite dalle particelle aerodisperse di diametro inferiore ai 10 micrometri (10 millesimi di millimetro) e pertanto classificate come PM10 (da Particulate Matter $< 10\ \mu m$). Data la loro piccola massa restano più a lungo sospese in atmosfera e, a causa del loro piccolo diametro, sono in grado di penetrare nelle vie aeree profonde (bronchi e polmoni) depositandovi gli elementi e i composti chimici da cui sono costituite, quali metalli pesanti e idrocarburi. Il rischio tossicologico associato al PM10 è perciò elevato. Da un recente studio epidemiologico condotto su un campione di città statunitensi è emerso che un incremento di 10 $\mu g/m^3$ nella concentrazione atmosferica di PM10 provoca un aumento dallo 0,5% allo 0,7% delle cause generali di morte. È un corrispondente incremento dei decessi dovuti a patologie cardio respiratorie. Analoghi studi condotti su città europee, hanno evidenziato dati che se applicati (con tutte le incertezze e cautele del caso) a una città media europea di un milione di abitanti che registri una concentrazione media di polveri fini di 50 $\mu g/m^3$ rispetto al valore limite indicato dalla recente direttiva europea di 40 $\mu g/m^3$ (tale è il caso di alcune tra le principali città italiane), implicherebbero un incremento di 500 decessi annui e un controvalore economico per le giornate lavorative perdute di almeno 20 milioni di euro per anno.

4.2.1. L'amianto

Ogni anno circa 1000 italiani muoiono per mesotelioma pleurico o peritoneale causati prevalentemente dall'esposizione ad amianto e altri 1000 per cancro polmonare attribuibile all'amianto. Nello stesso periodo di tempo si verificano circa 250 casi di asbestosi. È documentata anche la comparsa di mesoteliomi a seguito di esposizione ambientale non lavorativa in residenti in aree prossime a pregressi impianti di lavorazione dell'amianto o a cave in soggetti che non sono mai stati addetti alla lavorazione dell'amianto. Dati i lunghi periodi di latenza, gli effetti dell'amianto, in misura simile a quella riscontrata negli anni '90, sono destinati a prolungarsi nel tempo anche se, per effetto della legge 27 marzo 1992, n. 257, in Italia non sono più consentite attività di estrazione, importazione, commercio e esportazione di amianto e materiali contenenti amianto.

Vi è, poi, un numero difficilmente stimabile di lavoratori esposti per la presenza di amianto come isolante in una molteplicità di luoghi di lavoro (quali ad esempio industria chimica, bellica, raffineria, metallurgia, edilizia, trasporti, produzione di energia), ed un numero anch'esso difficilmente stimabile di soggetti residenti in prossimità di stabilimenti nei quali è stato lavorato l'amianto. Il censimento di queste situazioni, previsto dalla citata legge del 1992, procede con lentezza, ed in assenza di dati attendibili sulla mappa delle esposizioni, anche le attività di risanamento ambientale procedono in modo relativamente frammentario ed episodico.

È quindi prioritaria una più idonea strategia per la bonifica dei siti dove si lavorava amianto e una verifica della presenza di residui di amianto nelle vicinanze degli stessi.

È necessario, poi, elaborare ed adottare d'intesa con le Regioni, Linee Guida che indirizzino l'attività delle strutture sanitarie a fini di prevenzione secondaria e sostegno psico-sociale delle persone esposte in passato ad amianto. Presentano anche carattere prioritario l'aggiornamento e l'estensione degli studi epidemiologici che, insieme alla mappatura delle esposizioni attuali e pregresse, possano fornire basi più solide agli interventi di risanamento ambientale e criteri per il sostegno sanitario e psicologico alle popolazioni esposte.

4.2.2. Il benzene

Per quanto riguarda il benzene, nota sostanza cancerogena per l'uomo, l'esposizione avviene principalmente nell'ambiente esterno urbano a causa degli scarichi dei motori a combustione a benzina. Il benzene può essere emesso sia come prodotto di combustione (che si forma a partire dai componenti della benzina, in particolare idrocarburi aromatici), sia in forma di sostanza incombusta, per evaporazione dal carburatore, dal serbatoio e da altre parti dei veicoli.

Un'altra sorgente di rilievo in ambito urbano è rappresentata dalla distribuzione, dall'immagazzinamento e dalla manipolazione di carburanti contenenti benzene.

Per quanto concerne specificamente gli ambienti interni degli edifici, le sorgenti di maggior rilievo risultano essere alcuni prodotti di consumo, come adesivi, materiali di costruzione e vernici. L'emissione di tali prodotti è funzione della temperatura e, in particolare nel caso delle vernici, decresce con il tempo.

Inoltre, il fumo di sigaretta contiene quantitativi di benzene significativi e considerevolmente variabili.

L'evaporazione del benzene ha anche influenza sulle concentrazioni indoor attribuibili a parcheggi interni agli edifici e sull'esposizione all'interno delle auto. Uno dei problemi tipici degli ambienti urbani italiani è quello della elevatissima densità di auto parcheggiate in quasi tutte le strade, a cui corrisponde una considerevole emissione evaporativa dai serbatoi e altre parti delle auto.

Ulteriori condizioni nelle quali si può realizzare l'esposizione al benzene sono quelle particolari di alcuni ambienti di lavoro quali, ad esempio, l'industria della gomma.

L'obiettivo di ridurre l'esposizione al benzene è stato perseguito con successo attraverso la riduzione del benzene nella benzina, ma è indispensabile continuare con determinazione gli sforzi intrapresi. I dati disponibili non indicano in modo chiaro quanto la catalizzazione delle auto abbia contribuito a ridurre l'emissione di benzene, anche se certamente vi sono stati dei significativi benefici. Una valutazione appropriata della possibile riduzione futura delle emissioni in rapporto al cambiamento del parco auto è essenziale a fini strategici per comprendere quali obiettivi siano effettivamente conseguibili in tal modo. Appare, comunque, importante prevedere un qualche sistema di controllo della funzionalità dei dispositivi di abbattimento. In base ai dati oggi forniti dai sistemi di monitoraggio, non sembra al momento possibile prescindere da una riduzione e razionalizzazione del traffico, quantomeno nelle aree critiche.

Le concentrazioni indoor, oltre che dall'ovvia eliminazione del fumo di tabacco dagli ambienti di vita e di lavoro, potrebbero essere prevedibilmente ridotte da un'ottimizzazione dei sistemi di parcheggio delle auto all'interno degli edifici, con sistemi di ventilazione ed aerazione e altri metodi utili a ridurre la penetrazione del benzene nelle abitazioni a partire dai luoghi in cui sono posteggiate le auto.

È, infine, indispensabile realizzare idonee reti di rilevazione per il benzene con particolare riferimento alle aree urbane.

4.3. La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento

In Italia solo i due terzi della popolazione riceve quantità sufficienti di acqua per tutto l'anno, circa il 13% degli Italiani non riceve sufficienti quantità di acqua per un quarto dell'anno e circa il 20% per due/tre quarti dell'anno.

Inoltre, in molte parti d'Italia, per le quali vi sono dati disponibili, i caratteri organolettici dell'acqua come torbidità, colore, odore o sapore sono di bassa qualità. La proporzione della popolazione che non beve o beve raramente acqua di rubinetto è elevata in tutte le aree, soprattutto nelle Isole e nel Nord-Ovest.

Per quanto riguarda l'inquinamento, sono quasi scomparse le epidemie idriche causate dai tradizionali patogeni quali Salmonella, Shigella e Vibrio, ma permane problematica la valutazione del rischio microbiologico di altri agenti biologici patogeni diffusibili attraverso l'acqua potabile. Inoltre, la popolazione italiana resta esposta, attraverso l'acqua potabile, a bassi livelli di numerosi composti chimici, fra i quali vi sono i residui dei prodotti fitosanitari, i nitrati, i sottoprodotti della disinfezione delle acque a fini di potabilizzazione e le cessioni da parte dei materiali con i quali sono state realizzate le reti di captazione, adduzione e distribuzione dell'acqua all'utenza.

Problemi di miglioramento delle caratteristiche delle acque si pongono, inoltre, per il parametro boro e per il parametro arsenico poiché in alcune situazioni, peraltro limitate e localizzate, è accertata la presenza di dette sostanze nelle acque in concentrazioni superiori alle concentrazioni massime ammissibili, per cause connesse alla natura geologica dei suoli.

Per il prossimo futuro occorrerà promuovere le seguenti azioni:

riduzione della quantità di prodotti impiegati in agricoltura e autorizzazione dei preparati fitosanitari a minor impatto sull'ambiente e sulla salute umana;

adozione di norme per la buona pratica agricola, al fine di ottimizzare l'impiego dei fertilizzanti e minimizzare il loro impatto sull'ambiente;

promozione di un adeguato monitoraggio ambientale ed indagini epidemiologiche mirate, con particolare riferimento ai potenziali effetti dei contaminanti chimici dell'acqua potabile sulle funzioni riproduttive umane;

miglioramento delle tecnologie acquedottistiche;

ottimizzazione della gestione e incentivazione della ricerca di disinfettanti integrativi/alternativi del cloro e suoi composti;

incremento della tutela delle acque dai processi di contaminazione urbana, agricola o industriale;

intensificazione dell'attività di controllo dei contaminanti chimici, fisici e biologici delle acque potabili con l'esclusione dell'erogazione delle acque non conformi.

4.4. Le acque di balneazione

La normativa italiana relativa al controllo delle acque di balneazione ha fissato, per gli indicatori microbiologici di contaminazione fecale, valori limite più restrittivi rispetto alla direttiva europea attualmente in vigore. Inoltre, la normativa italiana considera «acque di balneazione» le acque nelle quali la balneazione è espressamente autorizzata dalle Autorità e non vietata, mentre la direttiva europea stabilisce che «acque di balneazione» sono da considerarsi quelle dove la balneazione è praticata da «un congruo numero di bagnanti». Questo comporta che in Italia, tranne le zone non idonee per motivi diversi dall'inquinamento e quelle verificate non idonee per inquinamento, tutte le acque siano considerate «acque di balneazione».

A causa di ciò il nostro Paese ha un numero di punti di campionamento controllati di gran lunga superiore a qualsiasi altro Paese dell'Unione Europea.

L'osservazione dei dati raccolti negli ultimi anni, durante le campagne di controllo svolte in base al Decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 1982, n. 470, porta a riconoscere un generale miglioramento della qualità delle acque delle zone costiere italiane, valutato in funzione dei chilometri di costa controllata.

L'ulteriore miglioramento della qualità delle acque di balneazione passa attraverso la riduzione della contaminazione ambientale, un opportuno ed idoneo trattamento di tutti gli scarichi, urbani e non, un'adeguata progettazione degli impianti di depurazione, ed il censimento regolare e continuativo degli scarichi.

4.5. L'inquinamento acustico

L'inquinamento acustico causato dal traffico, dalle industrie, dalle attività ricreative interessa circa il 25% della popolazione europea, provocando sia disagi che danni alla salute. Infatti, anche se le conseguenze dell'esposizione al rumore a bassi livelli variano da individuo ad individuo, un'esposizione prolungata nel tempo, che raggiunge determinati valori di pressione sonora, è causa, in tutta la popolazione, di effetti nocivi sull'organo dell'udito e sull'intero organismo. Per un'esposizione ad elevati livelli, protratta per anni, quale può riscontrarsi in alcuni ambienti di lavoro, si registra un abbassamento irreversibile della soglia uditiva. Anche in relazione a esposizione a più bassi livelli di rumore si registrano nell'intero organismo, secondo il perdurare dello stimolo, una serie di modificazioni a carico di vari organi ed apparati.

Numerose indagini dimostrano che nella maggior parte delle città italiane esaminate i livelli di rumore sono superiori ai livelli massimi previsti dalle norme vigenti sia di giorno che di notte. Per quanto riguarda l'esposizione al rumore negli ambienti di lavoro, si può stimare, in maniera conservativa, che la popolazione dei lavoratori esposti a più di 90 dB(A) di Leq (Livello Equivalente di pressione sonora) sia pari almeno alle 100.000 unità, e le ipoacusie professionali rimangono di gran lunga la prima tecnopatia in Italia, contribuendo con più del 50% al totale delle malattie professionali indennizzate.

Da quanto esposto scaturisce con urgenza la necessità di interventi, sia negli ambienti di lavoro che negli ambienti di vita, finalizzati alla riduzione dell'esposizione al rumore.

Per quanto riguarda gli ambienti di vita, la limitazione del traffico veicolare è soltanto uno degli strumenti per migliorare la qualità ambientale, e deve essere integrata con altre azioni individuabili a livello locale, nazionale, comunitario: dalla pianificazione urbanistica, alla viabilità e conseguente regolamentazione dei flussi di traffico, al potenziamento dell'attività di controllo e repressione dei comportamenti eccessivi, agli incentivi economici per lo svecchiamento dei mezzi di trasporto pubblici e privati, al finanziamento dell'attività di ricerca per lo sviluppo di veicoli a basse emissioni di inquinanti, alla zonizzazione acustica (classificazione del territorio comunale in 6 classi in base ai livelli di rumore), al piano di risanamento acustico comunale.

Per quanto riguarda l'esposizione negli ambienti di lavoro, quattro sono i livelli di azione da intraprendere per ridurre l'incidenza sulla salute di questo fattore di rischio:

migliorare gli standard di sicurezza e tutela aziendali tramite una più corretta e puntuale applicazione della vigente legislazione;

incrementare l'azione di vigilanza a livello territoriale sulla corretta applicazione della vigente legislazione in materia;

completare l'emanazione dei decreti attuativi previsti dal Decreto Legislativo 15 agosto 1991, n. 277;

attuare una politica di incentivazione e di sostegno alle aziende che vogliono attuare interventi di riduzione della rumorosità negli ambienti di lavoro.

I macrosettori produttivi ai quali dovrebbero essere indirizzati i maggiori sforzi sono quello metalmeccanico, quello edile e quello estrattivo.

4.6. I campi elettromagnetici

Negli ultimi anni si è verificato un aumento senza precedenti del numero e della varietà di sorgenti di campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici utilizzate a scopo individuale, industriale e commerciale. Tali sorgenti comprendono, oltre le linee di trasposto e distribuzione dell'energia elettrica, apparecchiature per uso domestico, personal computers (dispositivi operanti tutti alla frequenza di 50 Hz), telefoni cellulari con le relative stazioni radio base, forni a microonde, radar per uso civile e militare (sorgenti a radio frequenza e microonde), nonché altre apparecchiature usate in medicina, nell'industria e nel commercio. Tali tecnologie, pur di grande utilità, generano continue preoccupazioni per i possibili rischi sanitari della popolazione.

Per quanto riguarda i campi a frequenza estremamente bassa (ELF), l'esposizione dell'uomo è principalmente collegata alla produzione, alla distribuzione ed all'utilizzazione dell'energia elettrica. Nel 1998, il gruppo di esperti internazionali del National Institute of Environmental Health Sciences (USA) ha affermato che, usando i criteri stabiliti dalla Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), i campi ELF dovrebbero essere considerati come «possibili cancerogeni». Possibile cancerogeno per l'uomo significa che esistono limitate evidenze scientifiche sulla possibilità che l'esposizione a campi ELF possa essere associata all'insorgenza dei tumori. Sulla base di queste valutazioni di esposizioni e della stima del livello di rischio di leucemia per l'infanzia, è stato calcolato che ogni anno si potrebbero verificare 1,3 (95% intervallo di certezza: 0 - 4,1) casi aggiuntivi di leucemia infantile collegabili alla vicinanza delle abitazioni a linee elettriche ad alta tensione e 26,7 casi (95% intervallo di certezza: 3,9 - 57,3) collegabili all'esposizione nelle case. Tali dati corrisponderebbero rispettivamente a valori che variano da 0,3% a 6,1% del totale dei 432 casi di leucemia infantile che si verificano ogni anno in Italia. Restano, tuttavia, ovvie incertezze sul rapporto causa-effetto.

4.7. Lo smaltimento dei rifiuti

Il rischio per la salute si manifesta anche quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale dei rifiuti, nonché quando lo smaltimento avviene senza il rispetto delle norme sanitarie rigorose previste dalle norme vigenti. La mancata raccolta dei rifiuti costituisce una causa importante di deterioramento del benessere e dell'ambiente di vita. I rifiuti, qualora non vengano adeguatamente smaltiti, possono contaminare il suolo e le acque di superficie. L'esalazione di metano dai siti di interramento non idonei rappresenta un rischio di incendio ed esplosioni. Tuttavia, se trattati adeguatamente, i rifiuti possono costituire una fonte combustibile. Le emissioni in atmosfera in strutture atte alla produzione di compost e negli impianti di incenerimento dei rifiuti, qualora non opportunamente abbattute, sono state identificate quali fattori di rischio per la salute dei lavoratori addetti.

La discarica rimane il sistema più diffuso di smaltimento dei rifiuti, sia perché i costi sono ancora oggi competitivi con quelli degli altri sistemi sia perché l'esercizio è molto più semplice. La discarica controllata, se ben condotta, non presenta particolari inconvenienti, purché sia ubicata in un idoneo sito e sia dotata degli accorgimenti atti ad evitare i pericoli di inquinamento che i rifiuti possono provocare in via diretta ed indiretta.

I principali obiettivi in questo settore sono:

l'adozione di un regime di smaltimento dei rifiuti urbani ed industriali, che minimizzi i rischi per la salute dell'uomo ed elimini i danni ambientali;

l'attivazione di azioni educative per ridurre la produzione dei rifiuti;

l'incentivazione della gestione ecocompatibile dei rifiuti, con particolare riferimento al riciclaggio;

l'incremento delle attività di tutela ambientale per l'individuazione delle discariche abusive e delle altre forme di smaltimento non idonee;

il monitoraggio accurato delle emissioni inquinanti degli impianti di incenerimento.

4.8. Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura

Negli ultimi anni, ed in particolare nel corso del 2001, si è presentato in forme nuove la minaccia del terrorismo con uso di armi non convenzionali. Gli episodi di bioterrorismo sono diventati un rischio più plausibile per molti Paesi occidentali, ivi inclusa l'Italia.

Risposte rapide ed efficaci a questo tipo di emergenze, come d'altra parte ad altre emergenze associate, ad esempio, a gravi incidenti chimici o a disastri naturali, non possono essere assicurate se non esiste un'attività di preparazione continua a monte dell'evento. Questo è particolarmente vero per il Servizio Sanitario, specie nelle grandi città ove è più elevato il rischio, e dove i servizi sono, di norma, già saturi di richieste e spesso troppo rigidi per adattarsi in tempi brevi alle emergenze.

Anche se la risposta ad eventuali attacchi terroristici e ad altre emergenze non è solo di competenza del settore sanitario, è ovvia la necessità di preparare e, quando necessario, mobilitare il servizio sanitario alla cooperazione con le forze di soccorso, di difesa e di ordine interno, a seconda del caso.

Il sistema di emergenza 118, gli Ospedali e le ASL, i dipartimenti di prevenzione, i laboratori diagnostici, i Centri anti-veleni e le Agenzie regionali per l'ambiente, unitamente all'ISS ed all'ISPESL, sono alcuni dei soggetti che devono collaborare per sviluppare un'adeguata rete di difesa e protezione sanitaria. In sede locale, un piano di interventi sanitari contro il terrorismo ed altri gravi eventi non può pertanto che risultare dalla progettualità di ciascuna Regione e dall'efficacia e dall'efficienza delle attività svolte dalle diverse articolazioni in ciascuna Azienda Sanitaria.

Per garantire una pronta risposta sanitaria di fronte a possibili aggressioni terroristiche di natura chimica, fisica e biologica ai danni del nostro Paese sono state già assunte iniziative a livello centrale e locale, che hanno consentito di superare il primo momento dell'emergenza.

Fra le iniziative più importanti assunte immediatamente a ridosso dei tragici eventi dell'11 settembre 2001:

è stata costituita, con Decreto Ministeriale 24 settembre 2001 un'apposita Unità di crisi che, fra l'altro, ha elaborato il protocollo operativo per la gestione della minaccia terroristica derivante da un eventuale uso del bacillo dell'antrace;

sono stati individuati, d'intesa con le Regioni, l'ISS e l'ISPESL, come Centri di consulenza e supporto, rispettivamente, per gli eventi di natura biologica e chimico-fisica e per gli ambienti di lavoro; l'Ospedale L. Sacco di Milano, l'IRCSS L. Spallanzani di Roma, il Policlinico di Bari e il Presidio Ascoli Tomaselli di Catania, quali Centri nosocomiali di riferimento per il supporto clinico nonché l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Foggia quale centro di riferimento per il controllo analitico del materiale sospetto (alla data del 15 febbraio 2002 sono stati analizzati 1876 campioni di materiale sospetto);

è stato istituito un numero telefonico verde dedicato tanto agli operatori sanitari quanto ai singoli cittadini che, alla data del 15 febbraio 2001, ha dato riscontro a 4.239 richieste pervenute;

si è provveduto al reperimento dei vaccini e altri medicinali ritenuti essenziali;

si è fattivamente collaborato in sede UE e G8 al necessario coordinamento per la costruzione di una elevata capacità di risposta sanitaria.

Contestualmente, si è reso necessario predisporre altre misure sanitarie utili per far fronte ad altre situazioni ipotizzabili, stabilendo l'idonea pianificazione degli interventi.

In linea con il Piano nazionale di difesa da attacchi terroristici di tipo biologico, chimico e radiologico, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato, perciò, redatto un documento di Piano che si articola in due parti: nella prima è presa in considerazione la minaccia biologica; nella seconda, è trattata la minaccia chimica e radiologica. Ognuna di dette parti può, a sua volta, essere considerata come sostanzialmente suddivisa in due capitoli. Nel primo, di tipo divulgativo, vengono fornite informazioni sui criteri essenziali per l'identificazione di eventi dannosi a seguito di atto terroristico, sui siti bersaglio, sugli aggressivi presumibilmente utilizzabili in tali scenari, sulle modalità patogenetiche di detti aggressivi, ipotizzando, in ultimo, una scala di gravità riferita alle caratteristiche specifiche di ciascun aggressivo e rapportata alle varie tipologie di siti bersaglio ed al numero di individui colpiti; nel secondo, a carattere eminente-

mente operativo, vengono enunciate considerazioni di massima di tipo organizzativo in base alle quali possono essere sviluppate in sede locale le procedure di intervento più idonee. Nell'allegato sono riportate le schede tecniche relative ad agenti biologici, chimici e fisici nonché approfondimenti su alcuni temi particolarmente critici, che riprendono, sviluppano ed integrano argomenti ed informazioni già esposti nella prima e nella seconda parte del Piano.

Il documento di Piano, redatto con l'apporto dell'ISS, dell'ISPESL e della Direzione generale della Sanità Militare, tiene conto della linea organizzativa prevista dalle vigenti disposizioni in materia di gestione delle crisi, che individuano nel Presidente del Consiglio dei Ministri, nel Consiglio dei Ministri e nel Comitato Politico Strategico gli organismi decisionali nazionali, nel Nucleo Politico Militare il massimo organo di coordinamento nazionale, nella Commissione Interministeriale Tecnica per la Difesa Civile l'organo di coordinamento tecnico delle attività di difesa civile al momento dell'emergenza e nel Prefetto l'autorità di coordinamento della difesa civile a livello periferico. Nel rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale delle Istituzioni centrali e territoriali che potrebbero essere chiamate ad attivare operazioni di soccorso ai cittadini, il documento di Piano vuole offrirsi come un punto di riferimento per le successive fasi di pianificazione e di messa in atto, a livello territoriale, delle azioni volte alla tutela della salute.

Gli obiettivi strategici in questo settore sono sostanzialmente riconducibili a:

programmare le misure preventive;

definire le misure di sorveglianza, ovvero attivare preventivamente le funzioni specifiche e modellarle rispetto alla minaccia;

pianificare le misure di soccorso e trattamento, al fine di ripristinare le condizioni di salute dei soggetti eventualmente colpiti, bonificare gli ambienti colpiti e/o i materiali contaminati nonché contenere e/o inattivare il rischio residuo;

diffondere la cultura dell'emergenza e migliorare la capacità degli operatori a risposte pronte ed adeguate;

incrementare la capacità informativa a favore della popolazione (anche attraverso l'accesso al numero telefonico verde), al fine di accrescere la fiducia del cittadino e la conoscenza dei comportamenti più opportuni da adottare.

Conseguentemente, le principali azioni da realizzare sono:

predisporre piani operativi regionali, articolati in ciascuna Azienda Sanitaria, che individuino le funzioni da esperire, specifichino le modalità di svolgimento ed identifichino i diversi livelli di responsabilità;

approntare adeguate attrezzature, risorse e protocolli per affrontare i diversi scenari di emergenza;

adottare procedure operative standard per la risposta a falsi allarmi;

intensificare l'aggiornamento e la formazione di operatori sanitari;

sviluppare le indagini epidemiologiche e potenziare il collegamento e l'integrazione tra diversi sistemi informativi.

4.9 Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro

Una profonda trasformazione delle condizioni di lavoro è in atto in tutti i settori lavorativi a causa dell'impiego di nuove tecnologie e del conseguente cambiamento dei modelli di produzione. Inoltre la competitività del mercato ha determinato la graduale introduzione di nuovi modelli organizzativi e operativi.

Nel settore della sicurezza e della salute occupazionale ciò sta determinando la comparsa di nuovi rischi e induce una progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione al rischio.

La mutata organizzazione del lavoro (telelavoro, esternalizzazione della produzione), la comparsa e il rapido incremento di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavoro interinale) e le diverse caratteristiche della forza lavoro, introducono modifiche nella distribuzione e diffusione dei rischi. Nel frattempo permangono in numerosi settori lavorativi i rischi tradizionali, non sempre e non diffusamente risolti.

Negli ultimi anni si è inoltre profondamente modificata la normativa di riferimento, con l'avvento delle direttive comunitarie ed in particolare con il decreto legislativo n. 626 e successive modifiche che hanno introdotto varie innovazioni nell'organizzazione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro ma la cui applicabilità non sempre è risultata agevole, soprattutto nella Piccola e Media Impresa (PMI). Ciononostante il ruolo centrale dell'impresa nei processi di valutazione dei rischi e di organizzazione e gestione della sicurezza è risultato rafforzato.

Ciò comporta quindi nuove dinamiche anche nei rapporti tra il sistema delle imprese e quello dello Stato e delle Regioni. Per quanto concerne il primo, è necessario che sia completato il processo di adeguamento alle norme e siano potenziati gli strumenti della partecipazione previsti dal decreto legislativo n. 626.

Per quanto concerne il sistema pubblico, cui compete il ruolo di promozione, regolazione, verifica e controllo, si pone l'esigenza di una strategia di pianificazione e intervento in ordine a una reale promozione della sicurezza e della salute nelle Piccole e Medie Imprese. Altrettanto significativa è la necessità di una migliore integrazione con l'attività delle Agenzie Regionali per l'ambiente.

Gli infortuni

Il fenomeno infortunistico, nonostante mostri una complessiva affermazione se osservato sul lungo periodo, appare ancora rilevante in termini sia di numero di eventi sia di gravità degli effetti conseguenti. L'andamento infortunistico dell'anno 2000 mostra una modesta crescita del numero degli infortuni nell'Industria e Servizi (+1,2%), con riduzione peraltro degli infortuni mortali, e una diminuzione in Agricoltura (-7,4%). Tale andamento è in linea con la crescita occupazionale registrata nell'ultimo periodo.

I settori a maggior incidenza infortunistica (tenendo conto sia della frequenza sia della gravità delle conseguenze), pur con andamenti non costanti in tutte le regioni, rimangono l'industria del legno, quella dei metalli, l'industria della trasformazione ed il settore delle costruzioni.

A conferma di una tendenza degli ultimi anni, una parte assai rilevante (più del 50%) dei 1.354 infortuni mortali e degli infortuni particolarmente gravi è stata legata a mezzi di trasporto e ad incidenti stradali.

Per quel che riguarda il 2001, i dati relativi al primo trimestre, mostrano un ulteriore crescita degli infortuni nell'industria e nei servizi, in prevalenza nella popolazione femminile. Permane il decremento generalizzato in agricoltura.

Altro aspetto rilevante è quello relativo alla sicurezza dei lavoratori in «nero». Applicando gli indici infortunistici della popolazione regolarmente occupata ai dati ISTAT sull'occupazione non regolare (anno '97) è stato stimato che il numero degli infortuni nel «sommerso» sia pari a 165.000 casi. Tale stima appare conservativa in quanto è presumibile che le attività non regolari vengano svolte senza alcuna applicazione delle norme di prevenzione.

I dati relativi agli infortuni, su base regionale mostrano il seguente andamento (Tab. 2):

Tabella 2

Frequenze relative di infortunio (× 1.000 addetti) per regione e tipo di conseguenza (media triennio 1997-1999)

Regioni	Tipo di conseguenza		
	Inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morte
Industria e Servizi			
Umbria	52.92	3.82	0.08
Emilia	49.63	2.21	0.09
Marche	48.81	3.01	0.10
Friuli-Venezia Giulia	49.12	2.10	0.09
Basilicata	46.94	2.80	0.14
Veneto	47.90	1.60	0.09
Abruzzo	43.83	2.55	0.12
Liguria	42.57	2.69	0.06
Puglia	42.27	2.83	0.15
Toscana	41.53	2.44	0.08
Trentino-Alto Adige	41.36	1.74	0.07
Molise	37.83	2.43	0.15
Sardegna	34.81	2.21	0.12
Valle d'Aosta	33.92	1.51	0.11
Piemonte	33.69	1.44	0.07
Lombardia	33.07	1.40	0.06
Calabria	28.89	2.38	0.14
Sicilia	26.64	1.92	0.10
Campania	25.12	2.55	0.13
Lazio	25.45	1.41	0.07
Italia	**37.99**	**1.90**	**0.09**

Le malattie professionali

Per quanto riguarda le malattie professionali, la loro valutazione include un rapporto stretto tra lo studio dei rischi attuali e pregressi e le tendenze in atto nelle patologie legate al lavoro.

Accanto alle patologie da rischi noti (prevalentemente in attenuazione), acquistano sempre maggior rilievo le patologie da rischi emergenti, non necessariamente legate a rischi nuovi, rispetto alle quali sono iniziati approfondimenti soprattutto negli ultimi anni. Tra queste si segnalano le patologie dell'arto superiore da sovraccarico meccanico, le patologie da fattori psico-sociali associate a stress e la cancerogenesi professionale Tab. 3). Per quanto riguarda quest'ultima, il recente studio multicentrico europeo CAREX stima che i lavoratori potenzialmente esposti in Italia a sostanze cancerogene siano pari al 24% degli occupati, ed è stimato in 160.000 il numero di morti per anno dovute a cancro e correlabili a esposizioni lavorative.

Tabella 3a

Patologie da rischi noti

Industria	Agricoltura
Ipoacusie da rumore	Broncopneumopatie
Malattie cutanee	Asma bronchiale
Pneumoconiosi	Alveoliti allergiche

Tabella 3b

Patologie da rischi emergenti

Patologie dell'arto superiore da sovraccarico meccanico

Patologie da fattori psico-sociali associate a stress (burn-out, mobbing, alterazioni delle difese immunitarie e patologie cardiovascolari)

Patologie da sensibilizzazione

Patologie da agenti biologici

Patologie da composti chimici (effetti riproduttivi e cancerogeni)

Tumori di origine professionale

Effetti sulla salute dei fattori organizzativi del lavoro

Obiettivi:

riduzione dei rischi per la sicurezza in particolare in quei settori contrassegnati da un maggior numero di eventi infortunistici e da una maggiore gravità degli effetti;

riduzione dei rischi per la salute e progressivo miglioramento delle condizioni di lavoro;

riduzione dei costi umani ed economici conseguenti ai danni alla salute dei lavoratori;

riordino, coordinamento e semplificazione in un testo unico delle norme vigenti in materia di igiene e la sicurezza del lavoro, nel rispetto delle normative comunitarie e delle prerogative regionali, al fine dello snellimento delle procedure di applicazione;

promozione di linee guida per l'applicazione della normativa in settori specifici (PMI, agricoltura, lavori atipici);

potenziamento e coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza rispetto ai processi ed alle procedure di lavoro anche attraverso il monitoraggio dell'applicazione del decreto legislativo n. 626;

programmazione delle priorità d'intervento nei settori più a rischio in funzione degli studi epidemiologici e dei dati provenienti da un adeguato sistema informativo;

attuazione di programmi per il contrasto del lavoro sommerso e la tutela della sicurezza e la salute sul lavoro degli impiegati in lavori atipici;

azioni per la specificità di genere sul lavoro a tutela delle lavoratrici;

azioni per l'inserimento o reinserimento lavorativo di particolari tipologie di lavoratori come i minori, i disabili, i tossicodipendenti, gli immigrati;

integrazione dei sistemi informativi;

azioni per la formazione dei soggetti deputati alla attuazione della sicurezza nei luoghi di lavoro (datori di lavoro, addetti alla sicurezza, medici competenti rappresentanti dei lavoratori) ivi compreso il personale del Servizio Sanitario Nazionale addetto alla prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro;

promozione di programmi di formazione nella scuola;

miglioramento progressivo dei processi di verifica della qualità e dell'efficacia delle azioni di prevenzione basata sull'evidenza;

miglioramento dell'accertamento e dell'evidenziazione delle malattie professionali;

individuazione di strumenti adeguati di carattere informativo, tecnico ed economico per la corretta implementazione delle norme.

5. La sicurezza alimentare e la sanità veterinaria

L'impatto della globalizzazione dei mercati sia sulla sicurezza degli alimenti sia sulla salute delle popolazioni animali è stato considerevole. Il sistema Italia ha registrato notevoli difficoltà di adattamento rispetto agli scenari che si sono venuti delineando in seguito alla stipula dell'Accordo sulle misure sanitarie e fitosanitarie (Accordo SPS) nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio. Questi accordi hanno modificato *de facto* in modo radicale una serie di impostazioni tradizionali nella gestione della sicurezza igienico-sanitaria. Tali difficoltà sono, per certi aspetti, comuni a tutta l'Unione europea, ma in Italia l'adattamento è risultato, sotto diversi aspetti, più difficile.

Molte energie sono state assorbite dalla necessità di gestire una serie di emergenze che si sono succedute negli ultimi anni. Zoonosi causate da nuovi patogeni ed, in particolare, l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) hanno costituito un serio problema negli ultimi anni in Italia e in numerosi altri Stati europei. Altre recenti crisi sanitarie hanno investito il sistema agrozootecnico-alimentare, quali la contaminazione da PCB, diossina e altre sostanze chimiche, nonché la febbre catarrale degli ovini, la peste suina classica e l'influenza aviaria.

Nonostante i successi registrati nel fronteggiare questi ed altri problemi, la realizzazione di una rete di sorveglianza epidemiologica nazionale (come componente primaria di una politica di gestione del rischio adeguata alla sfida posta dall'internazionalizzazione dei mercati), malgrado l'impegno profuso da parte di diverse componenti del sistema di Sanità pubblica veterinaria nazionale, non è ancora sufficientemente sviluppata.

Una politica di sicurezza degli alimenti, soprattutto per un Paese come l'Italia, che è membro della Unione Europea e forte importatore sia di animali e loro derivati sia di vegetali da tutto il mondo, deve assumere come riferimento imprescindibile la realtà del mercato globale delle materie prime e dei prodotti trasformati. Inoltre, le grandi trasformazioni dei sistemi di produzione e distribuzione degli alimenti richiedono anche sul piano nazionale e locale che i metodi e l'organizzazione dei controlli si rinnovino e si adeguino continuamente.

Il controllo igienico-sanitario degli alimenti, in un contesto di questo tipo, assume connotati completamente diversi rispetto alla realtà esistente fino alla metà degli anni '90. In particolare, i controlli non sono più concentrati sul prodotto, ma sono distribuiti lungo tutto il processo di produzione «dall'aratro al piatto» e le garanzie date dal produttore sono parte non esclusiva, ma certamente determinante del sistema della sicurezza.

In questo senso deve essere inquadrato il recente accordo tra il Ministro della Salute e la Federazione Italiana Pubblici Esercizi - Confcommercio, che ha portato alla elaborazione di Linee Guida per la Certificazione delle imprese di somministrazione di alimenti e bevande, con l'obiettivo di garantire una maggiore e più diffusa sicurezza alimentare. L'accordo prevede che le aziende di ristorazione commerciale e collettiva si sottopongano ad una periodica verifica di conformità da parte di organismi accreditati, al cui superamento consegue il rilascio di un marchio, denominato «Bollino Blu»: questo certifica il rispetto dei requisiti di sicurezza alimentare e di igiene sanciti dall'accordo, nonché l'attivazione della Carta dei Servizi nel cui contesto rientra l'informazione puntale sugli alimenti nonché la disponibilità ad adattare le preparazioni a corretti stili di vita per la prevenzione delle malattie metaboliche e delle intolleranze alimentari.

La sicurezza degli alimenti, pertanto, assume in concreto una dimensione internazionale e può essere assicurata solo attraverso un'azione che non solo si basi su accordi commerciali bi- o multi-laterali, ma sia capace di influire sulle istanze comunitarie ed internazionali dove si discutono e si approvano le norme che regolano la sicurezza e la tutela igienico-sanitaria, degli scambi di animali, vegetali e prodotti derivati. Paradossalmente, a fronte di una sempre più marcata domanda di autonomia istituzionale dei livelli locali dei sistemi di controllo, la sicurezza degli alimenti diventa sempre più dipendente dalla capacità di azione a livello internazionale.

Per l'Italia che fonda parte importante del successo economico delle proprie imprese agro-alimentari sulla capacità di trasformare materie prime nazionali e di importazione in prodotti di alto pregio qualitativo da collocare sul mercato dei Paesi più avanzati, la capacità di assicurare alti livelli di sicurezza delle filiere produttive diventa non solo elemento determinante per la sicurezza dei propri consumatori, ma anche per lo sviluppo economico. La mancanza o la percezione di mancanza di sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti può indurre, infatti, sconvolgimenti profondi del mercato agro-alimentare. La mancanza di fiducia dei consumatori, nel contesto di una forte competizione, può portare a perdite significative di quote di mercato.

Il sistema dei controlli deve assicurare nel concreto delle azioni quotidiane la qualità dei processi, dalla produzione delle materie prime alla somministrazione, per consentire la libera circolazione delle merci e la concorrenza sui mercati. In particolare, i pericoli insiti nei sistemi di produzione devono essere individuati e eliminati o minimizzati mediante processi trasparenti e documentati di analisi e gestione del rischio secondo le norme internazionali e comunitarie che regolano in modo molto puntuale il controllo della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali.

La strategia e gli obiettivi da perseguire, in materia di sicurezza degli alimenti e delle popolazioni animali, dunque, devono necessariamente tener conto del contesto internazionale, comunitario e nazionale. Essi, pertanto, da un lato devono essere tali da garantire che i fornitori comunitari ed internazionali di animali, materie prime e prodotti, operino secondo criteri di sicurezza equivalenti a quelli attesi dai produttori e consumatori italiani. Dall'altro, l'Italia deve essere in grado di garantire ai consumatori nazionali ed a quelli dei Paesi che importano le derrate alimentari prodotte in Italia livelli di sicurezza omogenei del più alto tenore, su tutto il territorio nazionale.

La sicurezza degli alimenti oggi può essere assicurata solo attraverso azioni di *prevenzione,* eliminazione e mitigazione del rischio che iniziano nella fase di produzione agricola e si estendono in modo integrato nelle fasi di trasformazione, distribuzione, conservazione e somministrazione. Livelli di sicurezza adeguati non sono raggiungibili se non si adottano misure operative integrate concertate e verificate a livello internazionale, comunitario, nazionale e locale.

Gli obiettivi prioritari sono i seguenti:

definire una politica della sicurezza degli alimenti e della salute e del benessere degli animali basata sulla valutazione e la gestione del rischio che consenta di uscire gradualmente dalla logica dell'emergenza, realizzando una politica fondata su obbiettivi di sicurezza e di salute misurabili e verificati;

ridurre i rischi connessi al consumo degli alimenti ed alle zoonosi, assicurando alti livelli di sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti ai consumatori italiani;

ridurre l'incidenza delle zoonosi e delle malattie diffusive nelle popolazioni degli animali domestici, con particolare riferimento alle infezioni della lista A dell'OIE, alla brucellosi bovina, ovi-caprina e bufalina ed alla tubercolosi, nonché alle *encefalopatie* spongiformi trasmissibili.

Il perseguimento degli obiettivi posti richiede l'attenzione agli strumenti organizzativi e l'attuazione di numerosi programmi operativi. In particolare, è necessario garantire un sistema che:

fornisca la consulenza ed il supporto tecnico e scientifico per le attività di pianificazione e legislazione nei settori che hanno un impatto diretto o indiretto sulla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo ed agli animali, nonché sulla salute ed il benessere degli animali;

rappresenti l'interfaccia operativa nazionale dell'Autorità europea degli alimenti, che ha visto l'avvio con l'inizio del 2002, e

costituisce un importante modello di coordinamento istituzionale dei diversi soggetti tenuti a collaborare in vista del raggiungimento dell'obiettivo di sicurezza alimentare nell'Unione Europea. All'Autorità europea, soggetto indipendente che agisce secondo il principio dell'elevata qualità scientifica e della trasparenza, è attribuito il compito fondamentale dell'analisi scientifica del rischio su cui fondare le decisioni politiche e amministrative. L'Autorità Europea cura in particolare l'analisi scientifica e la valutazione del rischio, la comunicazione del rischio per consentire una chiara comprensione dello stesso e delle implicazioni sottostanti e il sistema di allerta;

raccolga e analizzi i dati che permettono la caratterizzazione ed il monitoraggio dei rischi per la sicurezza alimentare che hanno un impatto diretto o indiretto sulla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo ed agli animali e sulla salute ed il benessere di questi ultimi;

assicuri le analisi e valutazioni scientifiche che servono come base scientifica per l'azione legislativa e regolamentare nei campi della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali;

realizzi un sistema di auditing per la verifica dell'efficacia del sistema nazionale del controllo ufficiale degli alimenti e delle popolazioni animali, conformemente ai requisiti stabiliti da norme riconosciute a livello internazionale (OIE, Codex, ISO EN) che permettono di misurare la qualità del servizio/prodotto;

organizzi un sistema per la gestione delle emergenze veterinarie, soprattutto per quelle ad andamento prevalentemente diffusivo, coordinato a livello nazionale ed in grado di mobilitare le risorse necessarie ove occorrano, nei tempi e nei modi adeguati alle esigenze. Particolare attenzione dovrà essere rivolta agli strumenti di mobilitazione delle risorse umane ed al reperimento delle attrezzature necessarie, anche, ove indispensabile, mediante la mobilitazione della protezione civile ed ai sistemi di abbattimento e distruzione delle carcasse animali;

migliori in modo significativo il sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale nel settore della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali e delle zoonosi,

attui concretamente un programma di formazione straordinario per favorire la realizzazione di sistemi di gestione ed assicurazione della qualità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e assumere comportamenti che assicurino omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale. In particolare deve essere assicurato l'accreditamento dei servizi di Sanità pubblica secondo norme di assicurazione della qualità riconosciute a livello internazionale.

L'accreditamento è indispensabile per poter continuare nel medio-lungo termine le attività di certificazione, indispensabili per la libera circolazione degli animali e degli alimenti in ambito internazionale. Le attività di formazione devono, inoltre, essere indirizzate all'introduzione e utilizzazione della sorveglianza epidemiologica e dell'analisi del rischio.

Nel settore della sicurezza alimentare, più che in molti altri settori, il raggiungimento degli obbiettivi posti è fortemente condizionato dal contesto internazionale e comunitario. È indispensabile, pertanto, creare le condizioni, sia a livello nazionale che a livello comunitario ed internazionale, che consentano il perseguimento degli obbiettivi e delle azioni identificate. In particolare:

gli obiettivi di sicurezza degli alimenti e di salute e benessere degli animali devono essere individuati in modo esplicito e trasparente e verificati sistematicamente, assicurando l'efficace integrazione del controllo pubblico con l'effettiva attribuzione di responsabilità agli operatori economici della produzione primaria, della trasformazione, e del commercio degli alimenti;

l'attuale revisione delle politiche di sicurezza degli alimenti, in ambito dell'Unione Europea deve tenere conto delle peculiarità del sistema di produzione agro-alimentare dell'Italia;

la partecipazione dell'Italia alle attività delle Organizzazioni internazionali che operano nel campo della sicurezza degli alimenti e della salute e al benessere degli animali deve essere rafforzata;

la collaborazione dell'Italia con i Paesi dai quali il sistema agro-industriale italiano si approvvigiona, deve essere rafforzata, dando alla cooperazione internazionale un ruolo più importante ed organico.

6. La salute e il sociale

Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria.

6.1. Le fasce di povertà e di emarginazione

Numerosi studi hanno documentato che la mortalità in Italia, come in altri Stati, cresce con il crescere dello svantaggio sociale. Alcuni studi mostrano che le diseguaglianze nella mortalità non si riducono nel tempo, anzi sembrano ampliarsi, almeno tra gli uomini adulti.

Effetti diretti della povertà e dell'emarginazione sono misurabili sulla mortalità delle persone e delle famiglie assistite dai servizi sociali per problemi di esclusione (malattie mentali, dipendenze, povertà, disoccupazione), che in alcune zone presentano uno svantaggio nella aspettativa di vita di 13 anni per gli uomini e 7 per le donne, rispetto al resto della popolazione.

Le cause di morte e di malattia più frequentemente associate alle differenze sociali sono quelle correlate alle dipendenze e al disagio sociale (droga, alcool e fumo), quelle legate a storie di vita particolarmente svantaggiate (malattie respiratorie e tumori allo stomaco), quelle che hanno a che fare con la prevenzione nei luoghi di lavoro o sulla strada (incidenti), quelle correlate con la scarsa qualità dell'assistenza sanitaria (morti evitabili) e, in minore misura, quelle ischemiche del cuore.

Un'associazione con la condizione socio-economica, misurata in base al livello d'istruzione della madre, è stata osservata anche per il peso alla nascita; la probabilità di mettere al mondo un bambino sotto peso risulta 1,5 volte maggiore per le madri con un basso livello di istruzione (scuola elementare), rispetto alle madri con un livello di studi universitari.

Per quanto riguarda il ruolo del sistema sanitario sono documentati svantaggi sociali sia nell'accesso alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, sia nell'accesso a cure tempestive ed appropriate. Per quanto riguarda la prevenzione primaria si possono citare le diseguaglianze fra il Nord e il Sud d'Italia nella prevenzione della carie dentaria e nella pratica delle vaccinazioni obbligatorie nei bambini tra i 12 e i 24 mesi.

Nel campo della prevenzione secondaria occorre ricordare il minore ricorso allo *screening* dei tumori femminili delle donne meno istruite.

Rispetto all'accesso alle cure, merita ricordare le diseguaglianze nella sopravvivenza per tumori a favore delle sedi che dispongono di strutture sanitarie in grado di erogare trattamenti più efficaci.

Altri indizi di discriminazione sono ricavabili dall'esame dell'accesso al by-pass coronarico o alle cure per l'AIDS, o del ricorso ad una ospedalizzazione inappropriata, che risultano a vantaggio delle persone di più alto stato sociale.

In generale, i gruppi di popolazione che meritano più attenzione, per gli svantaggi sociali che li caratterizzano sono: i bambini e i ragazzi poveri (0-18 anni), gli anziani poveri (più di 65 anni), le madri sole con figli a carico, i disoccupati di lunga durata (più di un anno), i disoccupati giovani (15-24 anni), gli stranieri immigrati da Paesi poveri a forte pressione migratoria, i tossicodipendenti, gli alcoolisti e i senza fissa dimora, cioè da un lato i gruppi che sono più esposti alla marginalità sociale (si tratta di bambini, adulti e anziani in difficoltà e in povertà), dall'altro gli emarginati estremi (i senza fissa dimora), e nel mezzo le categorie come quelle delle persone affette da una dipendenza (gli alcoolisti o i tossicodipendenti) e quelle degli stranieri immigrati che cercano di inserirsi nella società italiana con un nuovo progetto di vita.

Secondo gli obiettivi adottati dall'OMS nel 1999, il divario nella salute tra diversi gruppi socio-economici dovrebbe essere ridotto, entro l'anno 2020, di almeno un quarto. In particolare il divario in termini di aspettativa di vita tra i vari gruppi socio-economici dovrebbe essere ridotto di almeno il 25%, e i valori dei principali indicatori di morbilità, disabilità e mortalità nei diversi gruppi socio-economici dovrebbero essere distribuiti più uniformemente. Inoltre, dovrebbero essere migliorate le condizioni socio-economiche che possono produrre effetti dannosi per la salute, quali il basso reddito, bassi livelli di istruzione e limitato accesso al mondo del lavoro, così da ridurre la percentuale di persone che vivono in povertà. Infine, i soggetti che hanno bisogni speciali, in ragione delle proprie condizioni di salute, dovrebbero essere protetti dall'esclusione e fruire di un agevole accesso a cure appropriate.

Le azioni prioritarie per conseguire questi obiettivi riguardano in primo luogo gli interventi sulle cause che generano le disuguaglianze nella salute soprattutto per quanto riguarda i bambini in povertà e le madri sole con figli a carico, i disoccupati, gli stranieri immigrati ed altri gruppi.

È ben noto che la lotta alla povertà è uno degli strumenti più efficaci per migliorare lo stato di salute. Si tratta, quindi, di misure di carattere sociale tipiche dello Stato assistenziale per contrastare la povertà le quali non rientrano direttamente nella competenza del Servizio Sanitario Nazionale. È, quindi, molto importante l'efficace collegamento delle politiche finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute derivanti dalla povertà con le politiche di sviluppo economico e sociale.

Nell'ambito più specificamente sanitario si tratta, in particolare, di assicurare l'accesso ai servizi sanitari superando, attraverso idonee modifiche organizzative ed appositi programmi di attività, le barriere di conoscenza ed, in alcuni casi, linguistiche che si frappongono alla fruibilità dei servizi sanitari. Specifici programmi di formazione e obiettivi di qualità per il personale addetto sono auspicabili.

Un'altra serie di interventi di carattere più strettamente sanitario riguarda quelli finalizzati al contenimento dei danni delle disuguaglianze (specie per gli anziani poveri e i soggetti dipendenti da sostanze o alcool), nonché ad interrompere i processi di esclusione che nascono da problemi di salute, quali l'istituzionalizzazione degli anziani poveri e la segregazione dei malati poveri.

Si richiamano qui, in quanto rilevanti, integralmente le analisi e le proposte sviluppate nel presente Piano in materia di: (i) malati cronici, anziani e disabili (Parte I, Sezione 2.2); (ii) stili di vita salutari, prevenzione e comunicazione pubblica sulla salute (Parte I, Sezione 2.9); (iii) salute mentale (Parte II, Sezione 6.3); (iv) tossicodipendenze (Parte II, Sezione 6.4); e (v) salute degli immigrati (Parte II, Sezione 6.6). Prezioso in tale ambito e specialmente per l'assistenza dei senza fissa dimora, è la collaborazione tra le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e le Organizzazioni del volontariato che dispongono di una maggiore flessibilità e capacità di integrazione con questo gruppo di emarginati. La messa a punto di incentivi a carattere settoriale ed intersettoriale per facilitare azioni congiunte è fortemente auspicabile.

Infine, è molto importante continuare l'approfondimento dei determinanti sociali, economici ed ambientali più direttamente collegati con i problemi della salute, associati alla povertà, e la sistematica valutazione delle diverse iniziative ed opportunità per alleviare o rimuovere le difficoltà esistenti.

6.2. La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente

Premesso che il Progetto Obiettivo Materno-Infantile del PSN 1998-2000 ancora non ha avuto piena applicazione, pur conservando in linea di massima la sua validità, vengono focalizzati in questo capitolo solo alcuni aspetti che riguardano la salute del bambino.

Dal 1975 ad oggi il tasso di mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita per 1.000 nati vivi) in Italia è sceso di più del 76%, dal 20,5 del 1975 al 4,9/1.000 del 1999. Si tratta di uno dei più significativi miglioramenti registrati nell'Europa occidentale durante questo periodo. Tuttavia vi sono ancora notevoli differenze tra le Regioni italiane: in alcune Regioni meridionali (Puglia, Sicilia, Basilicata) il tasso di mortalità infantile nel 1999 era di 7,33/1.000 nati vivi, rispetto al 3,0 delle Regioni con il tasso di mortalità più basso (Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia). La mortalità neonatale (entro le prime quattro settimane di vita, ed in particolare entro la prima) più elevata nelle Regioni del Centro-Sud, è responsabile della maggior parte di tale mortalità.

Obiettivo fondamentale è quindi innanzitutto ridurre le disparità regionali nei tassi di mortalità neonatale, avvicinando la media nazionale a quella della regione con indice di mortalità più basso. Per quanto riguarda la mortalità nel primo anno di vita, le malformazioni congenite rappresentano, insieme alla prematurità, l'83% di tutte le cause. Confronti sulla base dei registri della popolazione in alcune aree d'Italia che partecipano alla rete EUROCAT («European Registration of Congenital Anomalies»), indicano che il tasso di malformazioni congenite in Italia è simile a quello di altre aree d'Europa.

Nella valutazione dello stato di salute della popolazione infantile un importante indicatore è il peso alla nascita dei neonati a termine. Esso è influenzato dallo stato sociale e da altri fattori come il fumo. In Italia il tasso di basso peso alla nascita nel 1995 era del 4,7% (4,1% maschi e 5,3% femmine, dati ISTAT). L'incidenza di basso peso alla nascita non è cambiata in maniera significativa nel corso degli ultimi 15 anni.

Per raggiungere l'obiettivo adottato dall'OMS per l'anno 2020, la prevalenza dei bambini sottopeso alla nascita dovrebbe diminuire al valore globale di 3,8% (3,3% per i maschi e 4,2% per le femmine).

La tutela della salute del prodotto del concepimento deve iniziare già in epoca preconcezionale e deve realizzarsi già con il coinvolgimento dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, della scuola, dei centri di aggregazione sociale e dei mezzi di comunicazione di massa.

La promozione della salute consiste nel dare corrette informazioni sul possibile rischio genetico, sulla contraccezione, sulla necessità di abolire il fumo, l'alcool e le droghe, sulle problematiche della nutrizione, sulla necessità di profilassi con acido folico e di un supporto sociale ed emozionale tempestivo. Vanno inoltre date precise informazioni sull'esistenza nel territorio di reparti e centri ostetrici-neonatologici specificamente indirizzati all'assistenza delle gravidanze normali e ad alto rischio.

Infatti, un fattore molto importante per prevenire le patologie del prodotto del concepimento è certamente la promozione dell'assistenza preconcezionale al fine di ridurre i fattori di rischio ed in particolare la prematurità. L'educazione a comportamenti corretti in gravidanza, soprattutto per quanto riguarda il fumo, è a tal riguardo di fondamentale importanza. Esistono, inoltre, molte disuguaglianze sul piano organizzativo e gestionale nelle strutture dove avviene la nascita e questo pesa negativamente sulla mortalità perinatale e sugli esiti a distanza (handicap).

Occorre anche ridurre le morti improvvise in culla, prima causa di mortalità infantile dopo la prima settimana di vita, attraverso campagne informative atte a ridurre i fattori di rischio.

Per quanto riguarda il gruppo di età tra 1 e 14 anni, il tasso di mortalità ha mostrato un importante declino negli ultimi 25 anni, da 49,9/100.000 all'attuale 19,7. Le maggiori cause di morte in questo gruppo di età sono gli incidenti (5/100.000) e il cancro (5/100.000). Le differenze geografiche riscontrate in Italia nel 1997 indicano una mortalità più elevata (+14% circa) al Sud che al Nord. L'obiettivo della riduzione della mortalità per incidenti, sia domestici che stradali, deve prevedere misure legislative, di controllo, ed una forte campagna di prevenzione con misure di educazione stradale e di sicurezza in casa e nelle scuole.

Le condizioni morbose croniche prevalenti nei bambini e negli adolescenti sia in Italia che nel resto dell'Europa, con un andamento in continua crescita, sono l'asma e l'obesità. È significativo che le due condizioni morbose più frequenti siano legate a problematiche ambientali e a comportamenti alimentari errati, rispettivamente: la prevenzione, in termini di salvaguardia ambientale (con lotta all'inquinamento e al fumo passivo) e di educazione alimentare nella popolazione, deve essere l'obiettivo fondamentale della politica sanitaria per l'immediato futuro.

In Italia si riscontra una bassa percentuale di gravidanze in età adolescenziale (2,25%), paragonabile ai tassi osservati in altri Paesi europei quali Germania, Danimarca, Finlandia, Svezia e Francia. I dati riguardanti le Regioni italiane relativi al 1995 mostrano marcate differenze geografiche: nelle Regioni meridionali si registra una percentuale più elevata di gravidanze in età adolescenziale in confronto alle Regioni del Nord anche se questo avviene nel contesto di unioni legali.

Obiettivo di questo settore dovrà essere la prevenzione primaria delle gravidanze non desiderate in età adolescenziale con una appropriata educazione sessuale, che deve vedere coinvolti tutti gli educatori e il personale sociosanitario, accanto alle famiglie, nell'ambito di un progetto di educazione volto alla procreazione responsabile e alla prevenzione delle malattie trasmissibili per via sessuale.

La rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora decisamente ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a 504 nell'anno 1999, mentre la presenza del pediatra dove nasce e si ricovera un bambino è garantita nel 50% degli Ospedali, l'attività di pronto soccorso pediatrico è presente solo nel 30% degli Ospedali. La guardia medico-ostetrica 24 ore su 24 nelle strutture dove avviene il parto è garantita solo nel 45% dei reparti. Inoltre, malgrado la forte diminuzione della natalità, il numero dei punti nascita è ancora molto elevato, 605 in strutture pubbliche o private accreditate: tra queste poco meno della metà ha meno di 500 parti all'anno, soprattutto nelle Regioni del Sud del Paese.

L'attuale organizzazione ospedaliera, insieme alla mancanza di una continuità assistenziale sul territorio, ha determinato, nel 1999 un tasso di ospedalizzazione del 119‰, un valore significativamente più elevato rispetto a quello dei Paesi europei, quali ad esempio il Regno Unito (51‰) e la Spagna (60‰). È necessario aggiungere che i fattori sopra indicati hanno una distribuzione geografica diversa, e sono tra i più importanti determinanti delle differenze interregionali nei tassi di mortalità infantile e neonatale a sfavore delle Regioni del Sud, anche sulla base di differenti sistemi organizzativi e gestionali delle unità operative pediatriche.

Gli stessi fattori condizionano anche l'elevato numero di parti per taglio cesareo nel nostro Paese, ben il 33% nel 1999, più frequenti nelle strutture del Centro-Sud con un basso numero di nati, fino a raggiungere in Campania il 51%, mentre le Regioni Trentino Alto Adige e Friuli-Venezia Giulia hanno una percentuale di parti per taglio cesareo pari al 20%, valori di poco superiori a quelli riportati dalla maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea. Fattori economici relativi al sistema di rimborso delle prestazioni come anche fattori organizzativi del sistema sanitario hanno contribuito in questi anni ad incrementare il ricorso al parto cesareo, a scapito di quello per via naturale.

Peraltro, va notato che la pratica del parto indolore ancora non è garantita in Italia dal Servizio Sanitario Nazionale, e ciò induce alcune gravide ad effettuare parto cesareo o a recarsi all'estero per partorire.

Malgrado la Convenzione Internazionale di New York e la Carta Europea dei bambini degenti in ospedale (con la risoluzione del Parlamento Europeo del 1986), ancora più del 30% dei pazienti in età evolutiva viene ricoverato in reparti per adulti e non in area pediatrica. L'area pediatrica è «l'ambiente in cui il Servizio Sanitario Nazionale si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente».

Gli obiettivi strategici:

attivare i programmi specifici per la protezione della maternità e migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale;

educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, col contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali e dei servizi socio-assistenziali competenti con particolare riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile, dell'obesità, delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo alla prevenzione della tossicodipendenza, e degli infortuni ed incidenti;

valorizzare la centralità di ruolo del pediatra di libera scelta e del medico di base nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e la sua funzione di educazione sanitaria individuale;

attivare in ogni Regione il Servizio di trasporto di emergenza dei neonati e delle gestanti a rischio;

ridurre il tasso di ospedalizzazione con l'obiettivo di ridurlo del 10% per anno;

elaborare Linee Guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi anche in ambito locale con particolare attenzione alle patologie che comportano il maggior numero di ricoveri in età pediatrica e alle patologie chirurgiche più a rischio di interventi inappropriati;

diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo, e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con i valori medi degli altri Paesi europei, anche tramite una revisione dei DRG relativi;

ottimizzare il numero dei punti nascita;

riqualificare i consultori-ambulatori che operino sul territorio ed in ospedale già in epoca preconcezionale per una promozione attiva di tutte le iniziative atte a ridurre i rischi durante la gravidanza;

promuovere campagne informative rivolte alle gestanti e alle puerpere sulle norme comportamentali di prevenzione quali la promozione dell'allattamento al seno, l'estensione delle vaccinazioni, il corretto trasporto in auto del bambino, ricordando l'importanza della prevenzione della morte in culla del lattante: posizione nel sonno supina, evitare il fumo di sigaretta e temperature ambientali elevate.

6.3. La salute mentale

I problemi relativi alla salute mentale rivestono, in tutti i Paesi industrializzati, un'importanza crescente, perché la loro prevalenza mostra un trend in aumento e perché ad essi si associa un elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali, che pesa sui pazienti, sui loro familiari e sulla collettività.

Numerose evidenze tratte dalla letteratura scientifica internazionale segnalano che nell'arco di un anno il 20% circa della popolazione adulta presenta uno o più dei disturbi mentali elencati nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tra i disturbi mentali più frequenti vi sono i disturbi d'ansia, il cui tasso di prevalenza supera il 15%, con un incremento degli attacchi di panico e delle forme ossessivo-compulsive.

La depressione nelle sue varie forme cliniche colpisce tutte le fasce d'età e il tasso di prevalenza supera il 10%. Spesso depressione e disturbi d'ansia coesistono. Significativa anche la prevalenza dei disturbi della personalità e dei disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia). Il tasso di prevalenza delle psicosi schizofreniche, che rappresentano senza dubbio uno dei più gravi disturbi mentali, è pari a circa lo 0,5%.

Occorre considerare, inoltre, i disturbi mentali che affliggono la popolazione anziana, soprattutto le demenze nelle loro diverse espressioni. Va segnalata, infine, la complessa problematica relativa alle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze e tra disturbi psichiatrici e patologie organiche (con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative: neoplasie, infezione da HIV, malattie degenerative del Sistema Nervoso Centrale).

Recenti studi hanno documentato che molti disturbi mentali dell'età adulta sono preceduti da disturbi dell'età evolutiva-adolescenziale. In particolare, l'8% circa dei bambini e degli adolescenti pre-

senta un disturbo mentale, che può determinare difficoltà interpersonali e disadattamento; non va dimenticato che il suicidio rappresenta la seconda causa di morte tra gli adolescenti.

Le condizioni cliniche citate presentano un differente indice di disabilità: i disturbi ansioso-depressivi, pur numerosi, possono, quando appropriatamente trattati, presentare una durata e gradi di disabilità non marcati, anche se alcuni casi di sindrome ossessivo-compulsiva o di agorafobia sono seriamente invalidanti.

D'altro canto le psicosi (schizofreniche, affettive e le depressioni maggiori ricorrenti) impegnano i servizi sanitari e sociali in maniera massiccia, per via della gravità, del rischio di suicidio, della lunga durata e delle disabilità marcate che le caratterizzano.

Nel nostro Paese, il processo di adeguamento dell'assistenza psichiatrica alle necessità reali dei malati ed agli orientamenti più attuali della sanità pubblica, avviato con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha determinato l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel Servizio Sanitario Nazionale, l'orientamento comunitario dell'assistenza alle persone con disturbi mentali, il superamento del modello custodialistico rappresentato dall'Ospedale Psichiatrico.

Le aree critiche che si rilevano nella tutela della salute mentale, al momento attuale, sono:

la disomogenea distribuzione dei Servizi sul territorio nazionale, con particolare riferimento ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri, ai Centri Diurni ed alle Strutture Residenziali per attività riabilitative, insieme ad una mancanza di coordinamento fra i servizi sociali e sanitari per l'età evolutiva, i servizi per gli adulti ed i servizi per i soggetti anziani;

la mancanza di un numero adeguato di Strutture residenziali per le condizioni psichiatriche che prevedono una più elevata intensità e durata dell'intervento riabilitativo;

la carenza di sistemi informativi nazionali e regionali per il monitoraggio quali-quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione;

la scarsa diffusione delle conoscenze scientifiche in materia di interventi basati su prove di efficacia e la relativa adozione di Linee Guida da parte dei servizi, nonché di parametri per l'accreditamento delle strutture assistenziali pubbliche e private;

la presenza di pregiudizi ed atteggiamenti di esclusione sociale nella popolazione;

la scarsa attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, ai problemi della salute mentale in età evolutiva e nell'età «di confine», che si concretizza in un'offerta di servizi insufficiente ed alla quale è utile rispondere anche con il contributo, almeno in fase sperimentale, di strutture accreditate del privato sociale ed imprenditoriale;

la carente gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze, e tra disturbi psichiatrici e patologie organiche;

la scarsa attenzione alla presenza di disturbi mentali nelle carceri. Tale evidenza segnala l'importanza della sperimentazione in corso in alcune Regioni sulla base di quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, e dal relativo progetto obiettivo, anche ai fini della valutazione della rispondenza del modello organizzativo ivi delineato.

Gli obiettivi strategici da realizzare sono rappresentati da:

la riduzione dei comportamenti suicidari, con particolare attenzione all'età adolescenziale e a quella anziana;

la riduzione delle interruzioni non concordate di trattamento, mediante attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi multidisciplinari integrati in risposta ai bisogni di salute mentale dei pazienti e delle famiglie;

la riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso ai trattamenti, ivi compresi quelli psicoterapici;

il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche sui bisogni di salute mentale nella popolazione e sull'efficacia degli interventi;

la promozione della salute mentale nell'intero ciclo della vita, garantendo l'integrazione tra servizi sanitari e sociali — pubblici e del privato sociale ed imprenditoriale — con particolare riferimento agli interventi a favore dei soggetti maggiormente a rischio;

la cooperazione dei servizi di salute mentale con soggetti non istituzionali (Associazioni dei familiari, dei pazienti, volontariato, Associazioni di Advocacy), il privato sociale ed imprenditoriale;

la promozione dell'informazione e della conoscenza sulle malattie mentali nella popolazione, al fine di:

1) realizzare interventi di prevenzione primaria e secondaria (informazione sui disturbi mentali, sui servizi, collegamenti tra le strutture sanitarie, i servizi sociali, le scuole, le associazioni di volontariato);

2) incrementare la lotta allo stigma verso la malattia mentale e la promozione di una maggiore solidarietà nei confronti delle persone affette da disturbi mentali gravi;

3) diffondere e sviluppare la cultura del volontariato, dell'associazionismo, dell'auto-aiuto, per uno sforzo congiunto nella cura delle malattie mentali.

Inoltre è necessario pianificare azioni volte a:

ridurre le disomogeneità nella distribuzione dei servizi all'interno del territorio nazionale superando le discrepanze esistenti tra il nord e il sud del Paese ed all'interno delle singole realtà regionali;

concludere il processo di superamento dei manicomi pubblici e privati superando, finalmente, qualunque approccio custodialistico;

pianificare interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia dei disturbi mentali in età infantile ed adolescenziale attivando stretti collegamenti funzionali tra strutture a carattere sanitario (neuropsichiatria infantile, dipartimento materno-infantile, pediatria di base), ed altri servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;

assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica dei problemi di salute mentale del paziente, qualunque sia il punto di accesso;

promuovere la formazione e l'aggiornamento continuo di tutto il personale operante nel campo della salute mentale;

attuare interventi di sostegno ai gruppi di auto-aiuto di familiari e di pazienti;

attivare interventi per la prevenzione e cura del disagio psichico nelle carceri, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230;

aumentare l'accessibilità dei servizi, superando procedure farraginose e burocratiche, per garantire tempestività nelle risposte;

migliorare l'assetto del DSM ai fini di una maggiore flessibilità nell'attuazione dei percorsi di cura, soprattutto per i pazienti affetti da disturbi mentali gravi;

rinforzare la rete di interventi domiciliari, anche in situazioni di urgenza, e sviluppare una forte continuità terapeutico-assistenziale;

incrementare la dotazione di strutture semiresidenziali e residenziali, a differente gradiente di intensità riabilitativa e assistenziale, finalizzate agli interventi sulle disabilità ed all'integrazione familiare e sociale;

sviluppare strategie di intervento precoce, al fine di ridurre il tempo che intercorre tra l'esordio della patologia e la presa in carico, migliorando così sensibilmente le prospettive di guarigione;

definire in modo più appropriato le procedure per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori, specificando le responsabilità e le titolarità dell'intervento, senza abbassare i livelli di garanzia per il paziente ma rinforzandoli in relazione al diritto all'accesso ad una cura tempestiva ed efficace;

mettere in atto programmi adeguati per il sostegno alle famiglie ai fini di non disperdere risorse e relazioni che sono fondamentali nei processi di cura;

coniugare gli aspetti organizzativi con la possibilità che il paziente sia partecipe ad ogni livello del programma d'intervento, anche attraverso la scelta consapevole del luogo di cura e del curante per migliorare la adesione al trattamento;

mettere in campo nuovi strumenti per l'integrazione sociale e lavorativa del paziente, nel contesto del tessuto sociale e non in surrogati di esso, superando barriere e stigmatizzazioni che ancora oggi riducono le opportunità per pazienti e familiari;

migliorare il funzionamento in rete dei servizi, pubblici e privati, puntando all'integrazione e all'incremento della qualità dell'assistenza erogata;

favorire il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari nella individuazione delle priorità e nella verifica di efficienza dei servizi;

sviluppare adeguate iniziative di formazione ed aggiornamento, per migliorare costantemente la competenza e la motivazione degli operatori.

6.4. Le tossicodipendenze

In un tessuto sociale, educativo e culturale fortemente segnato dalla crisi della famiglia e dai modelli di deresponsabilizzazione individuale e talora istituzionale, nonché di solitudine subita e talora ricercata, la diffusione dei vari tipi di droghe interessa un numero considerevole di giovani e di giovanissimi troppo spesso inconsapevoli dei pericoli cui vanno incontro, ma anche privi di stimoli ed orientamenti positivi per la propria vita.

Adeguate strategie pubbliche contro la droga richiedono che le Amministrazioni dello Stato promuovano una cultura istituzionale idonea a contrastare l'idea della sostanziale innocuità delle droghe e l'atmosfera di «normalità» in cui il loro uso, non di rado, si diffonde determinando un pericoloso abbassamento dell'allarme sociale, fattori questi che contribuiscono a determinare un oggettivo vantaggio per il mercato criminale nell'offerta di droghe.

Asse portante della nuova linea di politica sociale in materia di droghe dovrà essere, pertanto, la considerazione che la tossicodipendenza e l'uso delle sostanze illecite non possono essere fronteggiati con scelte tecnico-politiche fondate sul puro controllo farmacologico del problema. Si correrebbe in tal caso, e purtroppo si è corso, il rischio di contribuire al rafforzamento di una condizione invalidante e di dipendenza cronica, rinunciando a perseguire l'obiettivo del pieno recupero personale e sociale della persona.

Nel corso del mese di novembre 2001, di fronte al Comitato Interministeriale di Coordinamento per l'azione anti-droga, costituito ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990, si è insediato il Commissario straordinario di Governo, in qualità di responsabile del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, che avrà il compito di coordinare le politiche e le competenze oggi distribuite in diversi Ministeri, così da progettare un Piano Nazionale più incisivo ed efficace.

Le azioni e gli interventi indicati di seguito sono quelli contenuti nel Piano predisposto e approvato dal Governo il 14 febbraio 2002, che avranno attuazione con il coinvolgimento di tutte le componenti istituzionali direttamente interessate.

Alla luce dei dati più recenti è possibile affermare che il fenomeno della tossicodipendenza riguarda oggi, in misura largamente prevalente, l'uso contemporaneo di più sostanze, dalle cosiddette droghe leggere, alle amfetamine, all'eroina e alla cocaina.

È anche accertato come l'età del primo approccio con le sostanze sia in continua e progressiva diminuzione: recenti ricerche hanno posto in evidenza come essa sia collocabile, per la stragrande maggioranza dei consumatori di droghe, fra gli 11 e i 17 anni, con la media della «prima esperienza» stabilizzata ormai al di sotto dei 13 anni.

Dai dati ufficiali risulta inoltre che:

il consumo di eroina, nonostante in alcune zone del Paese il trend dei nuovi consumatori di tale sostanza sia in contrazione, è in aumento, specialmente attraverso nuove modalità di assunzione (fumo, inalazione);

continua il progressivo aumento, peraltro già rilevato, del consumo di cocaina, che da droga di «élite» si è trasformata rapidamente in una droga di massa. L'assunzione della sostanza riguarda, infatti, fasce sempre più diversificate e giovani di utilizzatori;

si evidenzia un costante aumento dei consumi di «ecstasy» e di amfetamine, come indirettamente confermato dall'aumento esponenziale dei sequestri di questo tipo di droghe;

il consumo di cannabinoidi coinvolge ormai, secondo le statistiche più attendibili, oltre un terzo degli adolescenti ed è un comportamento considerato «normale» da una parte consistente dell'opinione pubblica, dei mezzi di informazione e perfino da alcuni soggetti istituzionali.

Panorama internazionale.

L'andamento del fenomeno negli altri Paesi dell'Unione Europea non si discosta significativamente dalla situazione italiana con punte di forte diffusione del consumo di sostanze sintetiche in Gran Bretagna e nei Paesi Bassi, di cannabis in Francia e Spagna e di eroina in Germania.

Al fine di contrastare tale situazione, e facendo seguito agli impegni sottoscritti in occasione dell'Assemblea generale dell'ONU (giugno 1998), il Consiglio Europeo ha adottato ufficialmente (giugno 2000) un Piano d'Azione sulle droghe per gli anni 2000-2004, indicando con precisione i seguenti sei obiettivi strategici ed impegnando i Paesi aderenti al loro integrale recepimento:

ridurre in misura rilevante, nell'arco di cinque anni, il consumo di droghe illecite e il numero di nuovi consumatori, soprattutto tra i giovani di età inferiore ai diciotto anni;

abbassare in misura sostanziale l'incidenza dei danni causati alla salute dall'uso di sostanze stupefacenti nonché, conseguentemente, anche il numero di decessi correlati all'uso di droghe;

aumentare in misura rilevante il numero dei tossicodipendenti sottoposti con successo a trattamento;

diminuire considerevolmente la reperibilità di droghe illecite;

ridurre in misura significativa il numero di reati correlati alla droga;

contrastare in maniera sempre più efficace il riciclaggio di denaro sporco ed il traffico illecito delle sostanze chimiche impiegate nella produzione di droghe.

Il contesto nazionale.

Nel nostro Paese risultano attivi 555 SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), che hanno in carico 150.400 soggetti tossicodipendenti; tale dato presenta un aumento di circa il 2,2% rispetto all'anno precedente. La maggioranza degli utenti dei SerT (81,4 %) è dipendente principalmente da eroina, mentre i soggetti che fanno uso solamente di cannabis, ecstasy e cocaina costituiscono una percentuale del tutto irrilevante.

Nelle strutture socio-riabilitative residenziali e semi-residenziali, gestite nella maggioranza dei casi da soggetti del privato sociale, risultano invece assistiti 19.465 soggetti; tale valore manifesta una diminuzione di circa l'1% rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda gli utenti dei SerT i dati mostrano una costante crescita dei trattamenti farmacologici con metadone, trattamenti che superano ormai la metà dei casi seguiti (51,2% rispetto al 49,5% del 1999 e al 43% del 1995). All'interno dei trattamenti metadonici aumentano inoltre i casi di «terapia di lunga durata» (30,9% nel 2001 rispetto al 27 del 1999) a scapito di quelli a breve termine (8,5% nel 2001 rispetto al 10,2% del 1999).

I dati sopra riferiti evidenziano, in sostanza, come l'approccio farmacologico alla tossicodipendenza rappresenti la principale attività svolta dai SerT.

Le nuove politiche del Governo in materia di tossicodipendenza.

Il Governo italiano intende dare piena attuazione al piano di azione comunitario e degli indirizzi ONU in materia di riduzione della domanda e dell'offerta di droga, potenziando, in coerenza con quanto affermato nel DPEF 2002-2006, le iniziative orientate alla prevenzione della tossicodipendenza, al recupero del valore della persona nella sua interezza e al suo reinserimento a pieno titolo nella società e nel mondo del lavoro.

Prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze.

Gli interventi di prevenzione debbono rappresentare il punto centrale delle politiche sociali.

Occorre, in particolare, ampliare e diversificare le tipologie di intervento e rivolgerle in modo efficace ad una più vasta platea di soggetti destinatari, considerato che il disagio giovanile non riguarda ormai più «categorie a rischio», ma può prodursi in maniera del tutto asintomatica e poi esplodere in forme di devianza imprevedibile, tra le quali, appunto, l'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope.

In tale ottica risulta, quindi, indispensabile definire un sistema coordinato ed integrato di interventi, che coinvolgano la società civile nel suo insieme e, in particolare, le principali agenzie educative: famiglia e scuola.

Gli interventi debbono pertanto essere orientati, pur nelle differenti specificità e contesti di riferimento, sia al sostegno della progettualità e dell'autonomia dei giovani (in alternativa al modello massificante della droga) e alla realizzazione di un patto di intenti tra famiglia e scuola, nell'interesse del futuro dei giovani, libero dall'uso di qualunque sostanza.

I progetti dovranno essere orientati a:

promuovere lo sviluppo integrale della persona;

offrire occasioni di miglioramento dei processi di partecipazione attiva e di riconoscimento della propria identità;

contribuire a creare consapevolezza e capacità decisionali ed imprenditoriali nei giovani;

offrire concrete occasioni di inserimento nel mondo della formazione e del lavoro;

qualificare la vita in termini complessivi, come valore insostituibile.

Per quanto riguarda, poi, le campagne informative, si intende fare riferimento a dati e ricerche autorevoli, scientificamente credibili e facilmente «acquisibili» dai giovani, evitando messaggi approssimativi e contraddittori. Una campagna di prevenzione non può ovviamente basarsi sulla sola informazione. Non ci si può, infatti, limitare a spiegare la formula chimica di una droga ed i suoi effetti, ma occorre promuovere e illustrare stili di vita responsabili e rispettosi di sé e degli altri.

Gli obiettivi della campagna informativa nazionale di prevenzione devono pertanto essere quelli di ridurre il consumo di droghe, promuovere stili di vita responsabili, valorizzare tra i giovani, coloro che non praticano comportamenti a rischio e fornire intelligente e valido sostegno a tutte le agenzie educative.

Strutture socio-riabilitative.

Le Istituzioni intendono assicurare la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze stupefacenti e garantire la libertà di scelta del cittadino/tossicodipendente e della sua famiglia di intraprendere i programmi riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata su tutto il territorio nazionale, sia essa pubblica che del privato sociale.

I tossicodipendenti in carcere.

Un problema prioritario è rappresentato dalle migliaia di detenuti tossicodipendenti ai quali occorre garantire il diritto di accedere, se ne fanno richiesta e secondo le normative vigenti, a percorsi riabilitativi alternativi alla detenzione. Si dovranno, pertanto, snellire le procedure amministrative e potenziare le presenze di educatori e volontari all'interno delle strutture penitenziarie, per motivare il maggior numero di tossicomani detenuti a scegliere la strada del cambiamento e della riabilitazione. Si rende, infine, necessaria la realizzazione di specifiche strutture «a custodia attenuata», inserite nel quadro del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, gestite in collaborazione con le realtà del privato sociale e propedeutiche al successivo inserimento delle persone in programmi riabilitativi «drug-free», sia presso il carcere che in comunità vigilate.

Reinserimento lavorativo.

Un Piano di azione efficace e completo contro le dipendenze deve necessariamente prevedere la fase fondamentale del reinserimento lavorativo di coloro che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza. A tal fine il Governo intende incentivare i programmi riabilitativi che prevedano e/o includano, fra le finalità, azioni di formazione professionale orientate a facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro degli ex-tossicodipendenti.

Sono stati, in proposito, prioritariamente individuati i seguenti interventi:

applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni, laddove esso prevede «programmi di formazione ed avviamento al lavoro dei tossicodipendenti tramite l'inserimento in attività interne alle comunità o in realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti»;

inclusione degli ex-tossicodipendenti tra le «categorie svantaggiate» previste dal comma 1, dell'art. 4 della legge 8 novembre 1991, n. 381, in materia di Cooperative Sociali;

incentivazione all'avviamento di attività imprenditoriali da parte di ex-tossicodipendenti;

ampliamento e miglioramento della normativa che prevede congrui periodi di aspettativa per i lavoratori che si sottopongono ad un programma riabilitativo in una struttura riconosciuta, eliminando la disparità di trattamento tra i diversi contratti pubblici e privati.

In sintesi quindi l'azione in questo campo deve tenere conto di due direttrici strategiche:

la prima direttrice si snoda sulla valorizzazione delle buone esperienze già in atto nel sistema pubblico e nel privato sociale accreditato in materia di prevenzione, trattamento, cura e recupero del tossicodipendente;

la seconda direttrice prevede, da parte del Ministero della Salute:

1) l'assunzione — nell'ambito delle linee strategiche definite dal «Programma triennale del Governo per la lotta alla produzione,

al traffico, allo spaccio ed al consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope 2002-2004», e degli indirizzi definiti dal Dipartimento nazionale per le politiche anti-droga istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - di un ruolo di coordinamento del settore rispetto agli altri Ministeri coinvolti (Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Beni Culturali, Comunicazioni, Giustizia, Interno);

2) la creazione del necessario raccordo programmatico con le Regioni, in quanto titolari di competenza in materia di tossicodipendenze; ciò dovrà aver luogo nel rispetto e valorizzazione dei legami specifici con il territorio che ciascuna Regione ha già in atto con il servizio pubblico e privato accreditato;

3) l'attivazione di momenti di verifica, valutazione e coordinamento delle informazioni inerenti i dati, gli indicatori sanitari e sociali, i risultati, le azioni svolte, sia dal sistema di risposta pubblico sia da parte di tutto il privato sociale.

In conclusione si possono identificare i seguenti obiettivi prioritari:

promuovere la partecipazione delle associazioni delle famiglie sin dal momento programmatorio, prevedendone il coinvolgimento nella logica dell'integrazione interistituzionale;

inserire nel programma di abbattimento dell'uso e dell'abuso, oltreché le sostanze illegali, anche la tematica della prevenzione dell'alcoolismo (soprattutto giovanile) e del tabagismo e estendere l'azione anche a settori innovativi di intervento come le dipendenze comportamentali (es.: gioco d'azzardo);

attivare programmi di prevenzione e informazione nella scuola;

promuovere e attivare sperimentazioni e ricerche su effetti, danni e patologie derivati da uso e abuso di sostanze stupefacenti;

produrre Linee Guida e protocolli terapeutici per gli interventi in campo sociale e sanitario;

attivare sinergie con le Forze dell'Ordine sia sulla repressione del fenomeno sia, soprattutto, sul loro ruolo fondamentale di prevenzione attraverso le informazioni, le analisi e i collegamenti internazionali;

concordare con le Regioni le modalità per il recupero globale della persona evitando quando possibile il ricorso esclusivo alla terapia farmacologica di lunga durata;

attivare il monitoraggio delle informazioni e della comunicazione dei mass media e delle campagne della stampa quotidiana.

6.5. La sanità penitenziaria

Nell'anno 2000 le persone detenute erano 53.340 (51.074 uomini e 2.266 donne), nonostante le infrastrutture avessero una disponibilità di 35.000 posti distribuiti nei 200 istituti esistenti. Dei suddetti detenuti 13.668 (25,63%) erano extracomunitari, 14.602 (27,38%) tossicodipendenti, di cui 1.548 (2,9% dei detenuti) sieropositivi per HIV (9,8% dei sieropositivi in AIDS conclamata), oltre 4.000 (7,5%) sofferenti di turbe psichiche e 695 (1,3%) alcooldipendenti.

Nel 1999 la sanità penitenziaria ha subito profonde modificazioni a seguito dell'emanazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, che stabilisce il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle competenze in tema di assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati.

Le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dall'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti sono già state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale.

Tra le problematiche sanitarie di più vasto impatto in ambito penitenziario, individuate anche dal Progetto Obiettivo, vi sono le malattie infettive (specialmente epatiti virali, HIV, tubercolosi, scabbia e dermatofitosi), le tossicodipendenze e la salute mentale. È indispensabile prevedere misure di prevenzione, sistemi di sorveglianza e modalità di trattamento. Per contrastare tali patologie è di primaria importanza migliorare la formazione degli operatori sanitari e degli agenti di polizia penitenziaria e l'informazione dei detenuti.

La crescente presenza nelle carceri di cittadini provenienti da altri Paesi rende opportuno prevedere la presenza di mediatori culturali, persone qualificate non soltanto sul piano linguistico, ma anche culturale, che consentano di superare le difficoltà nei rapporti con i detenuti.

Obiettivi prioritari in questo campo sono i seguenti:

attivare programmi di prevenzione primaria per la riduzione del disagio ambientale e rendere disponibili programmi di riabilitazione globale della persona;

attivare programmi per la riduzione dell'incidenza delle malattie infettive fra i detenuti;

migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione a favore dei detenuti.

6.6. La salute degli immigrati

Al 1° gennaio 2001 gli stranieri ufficialmente registrati dal Ministero dell'Interno erano in Italia 1.338.153. Se si aggiungono ad essi i richiedenti il permesso di soggiorno, il numero complessivo di stranieri regolarmente presenti sul territorio risulta di 1.686.606 persone, pari a circa il 2,9% dell'intera popolazione italiana (la media europea è del 5,1%). Il 27% degli immigrati proviene dai Paesi dell'Europa centro-orientale, il 29,1% dall'Africa settentrionale, il 7,3% dall'Asia centro meridionale, il 10,5% dall'Asia orientale. Il 67% circa ha una età compresa tra 19 e 40 anni; il numero dei minori è stimato intorno al 15% e gli ultrasessantenni sono circa il 10%. Meno del 45% degli stranieri è di sesso femminile. La presenza irregolare è stata stimata ufficialmente dal Governo pari a circa 400.000 unità sulla base del numero di domande di regolarizzazione presentate entro il termine del 15 dicembre 1998 sulla base della legge n. 40 del 1998.

Negli ultimi anni i flussi dall'Europa dell'Est, in particolare ex-Yugoslavia, Polonia e Albania, sono fortemente cresciuti, superando quelli del Nord Africa, prevalenti fino a poco tempo fa. Il fenomeno dei «ricongiungimenti familiari» sta rapidamente riequilibrando la composizione per età e genere degli stranieri immigrati, che ancora agli inizi degli anni '90 era prevalentemente rappresentata da giovani adulti maschi.

Il tempo intercorso dal momento della migrazione configura esperienze di svantaggio molto diverse. In prossimità dell'immigrazione prevalgono il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine e le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto e di un lavoro, di relazioni sociali, di affetti, e di un riconoscimento giuridico. In questa fase, gli immigrati condividono con gli italiani senza fissa dimora condizioni di svantaggio estremo.

In un secondo momento, diventano più importanti le difficoltà di integrazione o di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi e le difficoltà di apprendere la lingua accrescono le barriere alla fruizione dei servizi ed alla soddisfazione delle necessità quotidiane.

Osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti.

Tra i 25.000 bambini nati da almeno un genitore straniero sono più frequenti la prematurità, il basso peso alla nascita, la mortalità neonatale e i calendari vaccinali sono effettuati in ritardo o in modo incompleto specie nelle popolazioni nomadi.

Per quanto riguarda la salute della donna, i temi emergenti sono l'alto tasso di abortività, la scarsa informazione (con conseguente ridotta domanda di assistenza alla gravidanza), la presenza di mutilazioni genitali femminili. Un'indagine coordinata dall'Istituto Superiore

di Sanità ha evidenziato che le I.V.G. effettuate da donne straniere sono passate da 4.500 nel 1980 a 20.500 nel 1998, con un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle in età più avanzate.

Anche la percentuale dei casi di tubercolosi in cittadini stranieri è in costante aumento; secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità essa è passata dall'8,1% nel 1992 al 16,6% nel 1998. Questa tendenza è confermata anche da altri studi epidemiologici europei effettuati dall'International Centre for Migration and Health dell'OMS. Questa patologia colpisce pazienti irregolari che vivono in condizioni igienico-abitative peggiori sia rispetto alla popolazione generale sia rispetto agli stranieri con regolare permesso di soggiorno.

Una maggiore frequenza, in confronto alla popolazione italiana, dei ricoveri causati da traumatismi (5,7% negli stranieri, 4,8% negli italiani), segnalata dalle schede di dimissione ospedaliera, potrebbe essere la spia di un maggior numero di incidenti sul lavoro ai quali vanno incontro i lavoratori immigrati. L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera mostra, inoltre, tra le cause più frequenti di ricovero quelle legate alla patologia della gravidanza (7,3% dei ricoveri nelle straniere, 3,2% nelle italiane), alle infezioni delle vie aeree (3,1% negli stranieri di cui 0,8% per tubercolosi, 1,8% negli italiani, di cui 0,1% per tubercolosi), agli aborti indotti (1,7% nelle straniere, 0,5% nelle italiane).

Nel quadro dei molteplici interventi necessari per superare l'emarginazione degli immigrati bisognosi, un importante aspetto è quello di assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio Sanitario Nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione, in conformità a quanto previsto dal testo unico sulla immigrazione che ha sancito il diritto alle cure urgenti ed essenziali e alla continuità della cura anche per gli immigrati irregolari. In tale contesto, sono necessari, fra l'altro, sia interventi di tipo informativo dell'utenza immigrata sull'offerta dei servizi da parte delle ASL che l'individuazione all'interno di ciascuna ASL di unità di personale esperte e particolarmente idonee per questo tipo di rapporti.

Altre azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle I.V.G.;

ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;

raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;

ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati, tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

03A07068

GIANFRANCO TATOZZI, *direttore* FRANCESCO NOCITA, *redattore*

(6501421/1) Roma, 2003 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO ANNO 2003 (Salvo conguaglio)*

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO		
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:				
	(di cui spese di spedizione € 219,04)	- annuale	€	**397,47**
	(di cui spese di spedizione € 109,52)	- semestrale	€	**217,24**
Tipo A1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i soli supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:			
	(di cui spese di spedizione € 108,57)	- annuale	€	**284,65**
	(di cui spese di spedizione € 54,28)	- semestrale	€	**154,32**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:			
	(di cui spese di spedizione € 19,29)	- annuale	€	**67,12**
	(di cui spese di spedizione € 9,64)	- semestrale	€	**42,06**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti della UE:			
	(di cui spese di spedizione € 41,27)	- annuale	€	**166,66**
	(di cui spese di spedizione € 20,63)	- semestrale	€	**90,83**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della serie destinata alle leggi e regolamenti regionali:			
	(di cui spese di spedizione € 15,31)	- annuale	€	**64,03**
	(di cui spese di spedizione € 7,65)	- semestrale	€	**39,01**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:			
	(di cui spese di spedizione € 50,02)	- annuale	€	**166,38**
	(di cui spese di spedizione € 25,01)	- semestrale	€	**89,19**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:			
	(di cui spese di spedizione € 344,93)	- annuale	€	**776,66**
	(di cui spese di spedizione € 172,46)	- semestrale	€	**411,33**
Tipo F1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i soli supplementi ordinari con i provvedimenti legislativi e ai fascicoli delle quattro serie speciali:			
	(di cui spese di spedizione € 234,45)	- annuale	€	**650,83**
	(di cui spese di spedizione € 117,22)	- semestrale	€	**340,41**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A, A1, F, F1 comprende gli indici mensili
Integrando con la somma di € **80,00** *il versamento relativo al tipo di abbonamento della* Gazzetta Ufficiale - *parte prima - prescelto, si riceverà anche l'Indice repertorio annuale cronologico per materie anno 2003.*

BOLLETTINO DELLE ESTRAZIONI

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **86,00**

CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **55,00**

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:		
serie generale	€	0,77
serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€	0,80
fascicolo serie speciale, *concorsi*, prezzo unico	€	1,50
supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€	0,80
fascicolo Bollettino Estrazioni, ogni 16 pagine o frazione	€	0,80
fascicolo Conto Riassuntivo del Tesoro, prezzo unico	€	5,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II (inserzioni)

Abbonamento annuo	*(di cui spese di spedizione € 120,00)*		€ **318,00**
Abbonamento semestrale	*(di cui spese di spedizione € 60,00)*		€ **183,50**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione)		€ 0,85	

I.V.A. 20% inclusa

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo		€ **188,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni		€ **175,00**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 17,50	

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero i prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli, vengono stabilite, di volta in volta, in base alle copie richieste.

N.B. - Gli abbonamenti annui decorrono dal 1° gennaio al 31 dicembre, i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

Restano confermati gli sconti in uso applicati ai soli costi di abbonamento

ABBONAMENTI UFFICI STATALI
Resta confermata la riduzione del 52% applicata sul solo costo di abbonamento al netto delle spese di spedizione

* tariffe postali di cui al Decreto 13 novembre 2002 (G.U. n. 289/2002) e D.P.C.M. 27 novembre 2002 n. 294 (G.U. 1/2003) per soggetti iscritti al R.O.C.

45-410301030618

€ 2,40